

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

Caractéristiques familiales qui permettent de distinguer les adolescentes anorexiques  
restrictives des adolescentes anorexiques boulimiques.

par

Rachel Leblanc

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation  
dans le cadre du programme de Maîtrise en psychoéducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès Sciences (M.Sc.)

Juillet 2010

©Rachel Leblanc, 2010

V - 797



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
ISBN: 978-0-494-65656-3  
*Our file* *Notre référence*  
ISBN: 978-0-494-65656-3

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■+■  
**Canada**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Département de psychoéducation

Caractéristiques familiales qui permettent de distinguer les adolescentes anorexiques restrictives des adolescentes anorexiques boulimiques.

Rachel Leblanc  
Juillet 2010

Proposition des membres du jury qui évalueront le projet :

<u>Monsieur Robert Pauzé</u>	Directeur de recherche
<u>Monsieur Jean Toupin</u>	Président (e) du jury
<u>Madame Myriam Laventure</u>	Autre membre du jury

Projet de mémoire accepté le \_\_\_\_\_

# UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

## Caractéristiques familiales qui permettent de distinguer les adolescentes anorexiques restrictives des adolescentes anorexiques boulimiques.

Rachel Leblanc

Juillet 2010

### RÉSUMÉ

La présente étude visait à identifier parmi un ensemble de caractéristiques familiales (telles que le ratio de cohésion et de flexibilité, la qualité de la communication, l'expression des émotions négatives et positives, la satisfaction concernant le fonctionnement familial et la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes) celles qui sont les plus fortement associées à l'anorexie boulimique. Pour atteindre cet objectif, nous avons effectué une étude descriptive et comparative transversale. Notre échantillon est composé de 38 familles d'adolescentes anorexiques, dont 29 adolescentes présentant une anorexie restrictive et neuf présentant une anorexie boulimique. Selon les résultats obtenus, le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques boulimiques ne semble pas différencier de façon significative de celui des familles des adolescentes anorexiques restrictives sur presque toutes les variables considérées (ratio de cohésion et de flexibilité familiale, qualité de la communication, satisfaction concernant le fonctionnement familial, niveau d'expression des émotions positives et niveau de l'appréciation de la relation des parents à l'égard des adolescentes). La seule différence observée entre ces deux sous-groupes indique que les adolescentes anorexiques boulimiques obtiennent un score significativement plus élevé à la sous-échelle expression des émotions négatives dans la famille comparativement aux adolescentes anorexiques restrictives.

Mots clés : anorexie mentale, anorexie restrictive, anorexie boulimique, adolescent, caractéristiques familiales, fonctionnement familial

## SOMMAIRE

Contrairement à la célèbre théorie développée par Minuchin, Rosman et Baker (1978) qui stipulait que les familles d'anorexiques présentent plusieurs caractéristiques communes notamment l'enchevêtrement, la rigidité des règles, la surprotection, l'absence de résolution des conflits et la triangulation parentale, des données colligées au cours des vingt dernières années par les chercheurs dans le domaine du traitement de l'anorexie chez les adolescentes<sup>1</sup> suggèrent que les familles d'anorexiques sont plutôt caractérisées par une certaine diversité de profils familiaux et de niveaux de fonctionnement (Cook-Darzens, 2002; Pauzé, Couture, Lavoie, Pesant, Beauregard, Mailloux *et al.*, 2008). En outre, certaines données de recherche tendent à démontrer que les familles des adolescentes présentant une anorexie restrictive seraient moins perturbées que les familles des adolescentes présentant une anorexie boulimique qui sont souvent décrites comme très conflictuelles et désorganisées (Cook-Darzens, 2002). Or, ces dernières observations sont basées sur un nombre relativement peu élevé d'études et sur des études portant sur un nombre restreint de variables familiales.

La présente étude vise à identifier parmi un ensemble de caractéristiques familiales (telles que le ratio de cohésion et de flexibilité, la qualité de la communication, l'expression des émotions négatives et positives, la satisfaction concernant le fonctionnement familial et la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes) celles qui sont les plus fortement associées à l'anorexie boulimique.

Pour atteindre cet objectif, nous avons effectué une étude descriptive et comparative transversale. Notre échantillon est composé de 38 familles d'adolescentes anorexiques âgées de 12 à 17 ans, dont 29 adolescentes présentant

---

<sup>1</sup> Il est à noter que dans le cadre de cette recherche, l'emploi du féminin pour la désignation des jeunes anorexiques est utilisé compte tenu du fait que ce sont principalement les filles qui présentent ce trouble. Ce choix vise à faciliter la lecture, sans discrimination au genre masculin.

une anorexie restrictive et 9 présentant une anorexie boulimique. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude d'envergure dirigée par monsieur Robert Pauzé, professeur titulaire au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke qui vise à évaluer les caractéristiques personnelles et familiales de tous les jeunes âgés de 8 à 17 ans référés au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) pour des troubles alimentaires et leur évolution dans le temps.

Dans cette étude, nous avons utilisé des instruments de mesure reconnus pour leurs qualités psychométriques, notamment le *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (Olson, Gorall et Tiesel, 2007), le *Self-Expressiveness in the Family Questionnaire* (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox, 1993) et l'*Index of Parental Attitude de Hudson (1982)* traduit par Comeau et Boisvert (1985). À partir des résultats obtenus, nous avons procédé à des analyses de régression logistique binaire. Nous avons inclus l'âge des sujets comme covariable dans chacune des analyses étant donné que la différence d'âge entre les deux groupes d'anorexie était marginalement significative.

Selon les résultats obtenus, le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques boulimiques ne semble pas différer de façon significative de celui des familles des adolescentes anorexiques restrictives sur presque toutes les variables considérées (ratio de cohésion et de flexibilité familiale, qualité de la communication, satisfaction concernant le fonctionnement familial, niveau d'expression des émotions positives et niveau de l'appréciation de la relation des parents à l'égard des adolescentes). La seule différence observée entre ces deux sous-groupes indique que les adolescentes anorexiques boulimiques obtiennent un score significativement plus élevé à la sous-échelle expression des émotions négatives dans la famille comparativement aux adolescentes anorexiques restrictives.

Ces résultats nous portent à croire qu'il est possible que ces deux sous-types d'anorexie ne se distinguent pas sur le plan familial. Dans cette avenue, il semble que la modalité d'intervention familiale ne devrait pas se fonder sur le sous-type d'anorexie présenté par l'adolescente. Cependant, avant de retenir cette conclusion,

il est primordial de refaire cette étude auprès d'un échantillon beaucoup plus important.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>9</b>
 <b>PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE.....</b>	 <b>10</b>
1. DÉFINITION, INCIDENCE ET PRÉVALENCE DE L'ANOREXIE.....	10
1.1 Définition de l'anorexie mentale.....	10
1.2 Incidence et prévalence de l'anorexie .....	11
1.3 Conséquences de la maladie .....	12
1.4 Pronostic de la maladie.....	13
2. FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANOREXIE .....	14
2.1 Facteurs prédisposants .....	15
2.2 Facteurs précipitants .....	16
2.3 Facteurs de maintien.....	17
2.4 Similitude ou diversité des profils familiaux chez les anorexiques .....	17
3. QUESTION DE RECENSION .....	19
 <b>DEUXIÈME CHAPITRE - RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	 <b>20</b>
1- MÉTHODOLOGIE DE RECENSION .....	20
2- CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES D'ADOLESCENTES ANOREXIQUES.....	22
2.1 Présentation des résultats issus de recensions d'écrits sur les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques .....	23
2.2 Présentation des résultats issus de recensions d'écrits sur les différences observées entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives ou boulimiques.....	28
2.3 Présentation des résultats des études primaires concernant les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale .....	30
2.4 Présentation des résultats des études primaires concernant les différences observées entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique .....	37



2.5 Résumé et conclusion .....	39
3- LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	43
4- OBJECTIF DE RECHERCHE .....	44
<b>TROISIÈME CHAPITRE - LA MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>45</b>
1. DEVIS DE RECHERCHE .....	45
2. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE LA PRÉSENTE ÉTUDE .....	45
2.1. Critères de sélection et d'exclusion des participants dans la présente étude.....	46
2.2. Procédure d'échantillonnage.....	46
2.3. Composition de l'échantillon.....	47
2.4. Représentativité de l'échantillon.....	48
2.5. Méthode utilisée pour établir le diagnostic d'anorexie mentale chez les jeunes .....	48
3. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES .....	48
4. DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE MESURE .....	49
4.1. Fonctionnement de la famille .....	51
4.2 La qualité de la relation des parents à l'égard du jeune.....	53
5. ASPECTS DÉONTOLOGIQUES DE L'ÉTUDE .....	54
6. MÉTHODE D'ANALYSE .....	55
<b>QUATRIÈME CHAPITRE - LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ....</b>	<b>56</b>
1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	56
2. DISCUSSION.....	60
<b>CINQUIÈME CHAPITRE - CONCLUSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE</b>	<b>64</b>
1. CONCLUSION .....	64
2. LIMITES DE L'ÉTUDE .....	66
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>67</b>

<b>ANNEXE A - TABLEAU 1: METHODOLOGIE DE RECENSION.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE B - TABLEAU 2: CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE C - TABLEAU 3: RECENSION DES ÉTUDES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXE D - TABLEAU 4 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES DES ADOLESCENTES ANOREXIQUES.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE E - COPIE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....</b>	<b>96</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 - Méthodologie de recension.....	74
Tableau 2 - Caractéristiques méthodologiques des études recensées.....	78
Tableau 3 - Recension des études.....	83
Tableau 4 - Principales caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques.....	92
Tableau 5 - Principales différences observées entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique.....	41
Tableau 6 - Caractéristiques des échantillons d'adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques.....	47
Tableau 7 - Instruments de mesure utilisés.....	50
Tableau 8 - Scores moyen obtenus par les différents répondants concernant les échelles permettant de mesurer les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques.....	57
Tableau 9 - Résultats des analyses de régression logistique binaire pour chacune des variables familiales retenues et pour chacun des répondants .....	58
Tableau 10 - Qualité de la relation entre les parents et les adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques .....	60
Tableau 11 - Résultats des analyses de régression logistique binaire pour la variable qualité de la relation parents-jeune et pour chacun des répondants.....	60
<i>Figure 1. Différents facteurs associés à l'anorexie mentale selon Garner (1993, 2004).....</i>	<i>15</i>

## **REMERCIEMENTS**

Ce mémoire a occupé une grande place dans ma vie depuis les deux dernières années. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce cheminement.

D'abord, je désire remercier sincèrement monsieur Robert Pausé pour m'avoir permis de profiter de son expertise professionnelle remarquable. Son dévouement, sa rigueur intellectuelle, sa franchise de même que son humilité ont fait de lui un directeur de recherche de qualité supérieure. Ses précieux conseils et son soutien continu ont aussi été grandement appréciés. Monsieur Pausé a contribué grandement à la qualité de ce mémoire et je lui en suis vraiment reconnaissante.

Ensuite, je tiens à remercier madame Michèle Déry, monsieur Jean Toupin et madame Myriam Laventure qui ont également accepté de me faire profiter de leur expertise. Ils ont eux aussi contribué à la qualité de ce mémoire. Leur honnêteté et leurs conseils ont été appréciés.

Je désire également remercier tous mes proches qui m'ont apporté un grand soutien pendant cette période. Plus précisément, je remercie mes parents et ma sœur aînée qui m'ont transmis des valeurs de la persévérance et du travail bien accompli. Je remercie également mon conjoint qui m'a encouragée, jour après jour, à relever les divers défis reliés à ce projet. Cette étape n'aura pas été de tout repos, mais grâce à vous tous, je complète aujourd'hui mes études universitaires de deuxième cycle. Merci pour votre soutien, votre réconfort et votre présence constante. Vous m'avez permis d'aller au bout de mes ambitions.

Enfin, je remercie également toutes les familles qui ont accepté de participer à cette étude, sans quoi, ce projet n'aurait pu être réalisé.

## **PREMIER CHAPITRE**

### **PROBLÉMATIQUE**

Ce chapitre comprend trois sections. La première sera consacrée à la définition de l'anorexie, son incidence et sa prévalence. Il sera également question des conséquences négatives de cette maladie et de son pronostic. Dans la deuxième section, nous présenterons sommairement les différents facteurs associés à l'anorexie mentale en mettant principalement l'accent sur les facteurs familiaux. Par la suite, nous discuterons de la question de la similitude ou de la diversité des profils familiaux chez les anorexiques. Suivra, dans la troisième section, la présentation de notre question de recension des écrits.

#### **1. DÉFINITION, INCIDENCE ET PRÉVALENCE DE L'ANOREXIE**

##### **1.1 Définition de l'anorexie mentale**

L'anorexie mentale fait partie des troubles des conduites alimentaires. Cette maladie se caractérise par une préoccupation acharnée pour la minceur. Les personnes qui présentent cette maladie refusent de maintenir un poids corporel approprié à leur genre, leur âge et leur grandeur. Elles ont peur de grossir, quoique leur poids soit inférieur à la normale (American Psychiatric Association, 2004).

Quatre critères sont utilisés pour établir la présence d'un diagnostic d'anorexie mentale: 1- le refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien d'un poids inférieur à 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids lors de la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu); 2- une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale; 3- une altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, une influence excessive du poids ou de la forme

corporelle sur l'estime de soi, ou un déni de la gravité de la maigreur actuelle; 4- une aménorrhée chez les femmes postpubères, c'est-à-dire l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (American Psychiatric Association, 2004).

Selon l'American Psychiatric Association (2004) il y aurait deux sous-types d'anorexie, soit le sous-type restrictif et le sous-type boulimique. Le premier se caractérise par des conduites alimentaires restrictives non associées à des comportements boulimiques ou purgatifs, alors que le second se caractérise également par des conduites alimentaires restrictives, mais cette fois-ci associées à des comportements boulimiques suivis de vomissements et/ou utilisation de purgatifs sur une base régulière. En plus de se distinguer sur le plan des comportements alimentaires, ces deux sous-types se distingueraient sur le plan des facteurs de risque familiaux associés, des traits de personnalité et du pronostic. Les anorexiques boulimiques présenteraient globalement un portrait clinique un peu plus sévère que les anorexiques restrictives (Cook-Darzens, 2002).

## **1.2 Incidence et prévalence de l'anorexie**

Selon la Société Canadienne de Pédiatrie (1998), les troubles alimentaires représentent la troisième maladie chronique en importance chez les adolescents. L'incidence de l'anorexie mentale aurait augmenté dramatiquement au cours des 30 dernières années. Dans les faits, elle se situe autour de 19 cas par 100 000 pour les filles et de 2 cas par 100 000 pour les garçons (Fairburn et Harrison, 2003). Cette incidence est plus élevée si nous prenons uniquement la tranche d'âge des 15-19 ans : chez ce sous-groupe nous observons une incidence de 73,9 nouveaux cas par 100 000 adolescents (Lucas et al. 1999, dans Wijbrand Hoek, et Van Hoeken, 2003). Or, il est important de souligner que, selon Wijbrand Hoek et Van Hoeken (2003), l'incidence est souvent sous-évaluée, car elle est évaluée à l'aide des données provenant de centres médicaux ou hospitaliers. Elle ne représenterait donc pas la réalité de l'ensemble de la population générale.

Les données récentes indiquent que la prévalence de l'anorexie se situe entre 0,1 % et 1 % chez les adolescentes et les jeunes adultes (Bergh, Brodin,

Lindberg et Södersten, 2002; Bulik, 2002; Fairburn et Harrison, 2003). Cette problématique concerne principalement les jeunes filles et surtout celles âgées entre 14 à 19 ans (Barnes, 2006; Bergh *et al.*, 2002; Bulik, Reba, Siega-Riz, et Reichborn-Kjennerud, 2005; Fairburn et Harrison, 2003). Enfin, selon des données récentes, le ratio de personnes anorexiques serait évalué à environ 9 filles pour 1 garçon (Barnes, 2006; Fairburn et Harrison, 2003; Godart *et al.*, 2004).

### 1.3 Conséquences de la maladie

Outre son incidence et sa prévalence relativement élevées, la nature potentiellement létale et invalidante de cette maladie affecte autant le développement global des patients que celui de leur famille (Cook-Darzens, 2002). Le maintien de l'anorexie sur plusieurs mois n'est pas sans conséquence sur la santé physique, psychologique et sociale des adolescentes. Sur le plan physique, les carences nutritionnelles caractéristiques de cette maladie peuvent engendrer certaines conséquences irréversibles. Parmi celles-ci, notons le retard staturo-pondéral, le retard ou l'arrêt pubertaire, l'acquisition défectueuse du pic de la masse osseuse pendant la deuxième décennie de vie et, finalement, le décès de l'adolescente (Société Canadienne de Pédiatrie, 1998).

Toujours sur le plan physique, d'autres conséquences sont cependant réversibles. Parmi celles-ci, notons entre autres des complications cardiaques, neurologiques (changements structuraux et fonctionnels du cerveau) et hématologiques (dysfonctions du système immunitaire), de l'insuffisance rénale, des faiblesses musculaires, de l'ostéoporose, des complications dentaires et de la stérilité (Godart *et al.*, 2004; Misra, Aggarwal, Miller, Almazan, Worley, Soyka, *et al.*, 2004).

En ce qui concerne les conséquences psychologiques, différents chercheurs observent des symptômes de dépression (Barnes, 2006; Bulik *et al.*, 2005), de l'anxiété, (Bulik *et al.*, 2005; Peters *et al.*, 1984, dans Phelps, 1991), de l'hypersensibilité, des pensées obsessionnelles compulsives (Peters *et al.*, 1984, dans

Phelps, 1991), des pensées dichotomiques (ex : elle se croit en parfait contrôle ou elle sent qu'elle n'a aucun contrôle de la situation), un abus de substances (Barnes, 2006), la recherche de la perfection, une perte de concentration, une diminution de la productivité (Phelps, 1991) et un désinvestissement affectif et social (Godard *et al.*, 2004).

Enfin, en ce qui concerne les conséquences sociales et familiales associées à l'anorexie mentale, les auteurs observent un retrait social progressif des adolescentes (Bulik *et al.*, 2005; Société Canadienne de Pédiatrie, 1998) et une augmentation des conflits familiaux au fur et à mesure du développement de la maladie (Société Canadienne de Pédiatrie, 1998).

#### **1.4 Pronostic de la maladie**

Les données récentes concernant l'évolution de la maladie indiquent que l'anorexie mentale se classe au premier rang des pathologies psychiatriques mettant en jeu le pronostic vital (Whipple *et al.*, 1978, dans Godart *et al.*, 2004). Le pronostic de la maladie est marqué tant par un taux élevé de mortalité que par une morbidité importante (complications somatiques et psychiques) (Godart *et al.*, 2004).

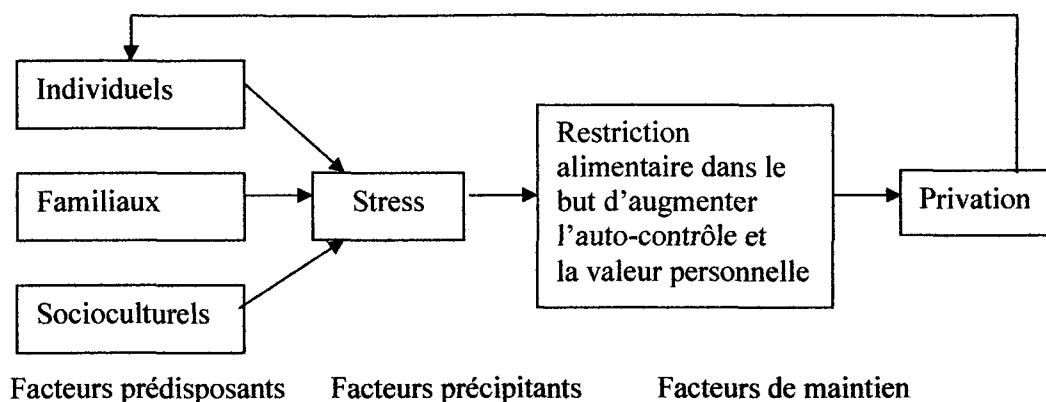
Dans les faits, la littérature rapporte des taux de mortalité allant de 4% à 10 % et ce taux augmenterait de façon considérable lorsque le suivi perdure (Godart *et al.*, 2004). La majorité des décès résulterait directement des complications médicales de la maladie ou d'un suicide. (Fairburn et Harrison, 2003). De plus, il appert qu'entre 20% et 30 % des adolescentes qui retrouvent un poids normal continuent de présenter des difficultés importantes d'ajustement sur les plans psychologique et social (Steinhausen, 2002; Strober, Freeman et Morrell, 1997). Les symptômes persistants les plus souvent rencontrés sont la préoccupation excessive pour l'alimentation, pour la silhouette et pour le poids, les périodes d'hyperphagie ainsi que, dans la moitié des cas, le développement d'une boulimie



(Fairburn et Harrison, 2003). Dans les faits, il semble qu'entre 20% et 40 % des cas d'anorexie mentale se chronicisent et qu'entre 40% et 50 % des cas d'anorexie nerveuse évoluent vers un diagnostic de boulimie nerveuse (Godart *et al.*, 2004). Le long délai avant les soins, la présence de vomissements et de crises de boulimie, la perte de poids importante au début des soins, les difficultés relationnelles parents-enfant, les formes à début précoce (anorexie prépubère) ou tardif (à l'âge adulte) ainsi que l'échec de traitements antérieurs constituent les facteurs pronostics les plus défavorables (Godart *et al.*, 2004). Enfin, il est reconnu que le pronostic pour les anorexiques boulimiques est plus défavorable que celui pour les anorexiques restrictives (Bruch, 1979; Bulik et al., 1999, dans Garner, 2004).

## 2. FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANOREXIE

La plupart des chercheurs envisagent l'anorexie comme une maladie multi-déterminée. Elle résulterait de la combinaison de trois catégories de facteurs de risque soit des facteurs « prédisposants » (individuels, familiaux et socioculturels), des facteurs « précipitants » (différents stress vécus avant le début de la maladie) et des facteurs de maintien (la restriction alimentaire dans le but d'augmenter l'autocontrôle et la valeur personnelle), lesquels interagissent à divers degrés pour contribuer à l'émergence et au maintien de la maladie (Chabrol, 2004; Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar *et al.*, 2003; Fairburn Harrison, 2003; Garner, 1993; 2004; Bulik, 2002). La figure suivante permet d'illustrer l'interaction entre ces trois catégories de facteurs telles que proposées par Garner (1993; 2004).



**Figure 1. Différents facteurs associés à l'anorexie mentale selon Garner (1993, 2004).**

## 2.1 Facteurs prédisposants

Parmi les facteurs personnels prédisposants les plus souvent mentionnés notons la faible estime de soi, une tendance au perfectionnisme, un niveau élevé d'anxiété (Fairburn et Harrison, 2003), un retrait émotionnel (Davies, 2004, dans Pauzé *et al.*, 2008), un sentiment d'infériorité face aux autres (Garner *et al.*, 1985, dans Pauzé *et al.*, 2008), un sentiment d'incompétence et d'inefficacité dans leurs performances personnelles et sociales, l'incapacité à prendre des décisions ou à faire confiance en leurs propres expériences (Bruch, 1979; Pauzé et Charbouillot, 2001) ainsi que la difficulté marquée à s'adapter au développement pubertaire (Killen *et al.*, 1992, dans Société Canadienne de Pédiatrie, 1998)

Plusieurs facteurs familiaux prédisposants sont également reconnus pour être associés à l'anorexie chez les adolescentes. Notons entre autres la présence de conflits conjugaux plus ou moins ouverts dans plusieurs de ces familles (Espina, Ochoa de Alda et Ortego, 2003), la négation des problèmes par les parents ce qui contribuerait au fait que les anorexiques ont de la difficulté à prendre conscience de leurs propres sentiments et émotions (Garner, Garfinkel et Bemis, 1982, Selvini, 1995), la présence de problèmes de santé mentale chez les parents entre autres, la

dépression, les troubles anxieux ou les conduites alimentaires pathologiques (Perdereau, Faucher, Jeammet, et Godart, 2007), des difficultés dans l'expression de l'agressivité et de l'hostilité entre les membres de la famille (Shugar et Krueger, 1995) et une attention marquée pour les activités intellectuelles et la réussite scolaire (Prégent, 1988).

Quelques facteurs sociaux prédisposants sont également associés à l'anorexie mentale notamment l'isolement social (Lacharité, 1991, dans Pausé *et al.*, 2008), la tendance à éviter la présence des autres personnes de peur d'être jugée trop dépendante (Bruch, 1979) et des difficultés de communiquer avec les autres (Davies, 2004, dans Pausé *et al.*, 2008). Ces conduites sociales d'évitement et de retrait s'amplifieraient au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et contribueraient même au maintien de cette pathologie (Pausé *et al.*, 2008).

Enfin, nous ne pouvons pas passer sous silence certains facteurs socioculturels prédisposants notamment l'impact de la pression pour la minceur chez les jeunes filles dans la culture nord-américaine (Steiner *et al.*, 2003; Watkins et Lask, 2002).

## **2.2 Facteurs précipitants**

Différents stress joueraient un rôle dans le déclenchement de la maladie. Parmi ceux-ci, notons des difficultés à résoudre les tâches développementales normales de l'adolescence (Société Canadienne de Pédiatrie, 1998), le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle, le fait d'avoir reçu des commentaires critiques négatifs à propos de leurs comportements alimentaires, leur corps ou leur poids (Fairburn et Harrison, 2003) et le fait d'avoir vécu des difficultés sur le plan de l'insertion sociale lors du passage à l'adolescence (Pausé *et al.*, 2008).

### 2.3 Facteurs de maintien

La perte de poids qui s'en suit leur procure dès le départ un sentiment de fierté qu'elles ne connaissaient pas. Elles se sentent en contrôle et supérieures aux autres puisqu'elles réussissent un exploit enviable. Or, pour nourrir ce sentiment de fierté difficilement acquis, elles se doivent de poursuivre leur perte de poids. C'est ainsi qu'elles en viennent progressivement à s'isoler socialement, à ritualiser leur vie dans les moindres détails. Leurs comportements deviennent de plus en plus obsessionnels. Avec le temps, leur métabolisme diminue et leurs capacités cognitives sont affectées par la sous-alimentation. Elles ne sont plus en mesure de penser adéquatement et rationnellement et n'arrivent plus à parler de ce qu'elles vivent sur le plan émotionnel. Elles deviennent prises dans l'engrenage de l'anorexie (facteurs de maintien) (Garner, 1993; 2004). Cette boucle de rétroaction serait renforcée par l'incapacité des parents à faire face aux conflits et à faire front commun devant leur adolescente en perdition (Martin, 1990).

### 2.4 Similitude ou diversité des profils familiaux chez les anorexiques

Une théorie concernant le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques comme facteur prédisposant de la maladie a longtemps servi de référence à la plupart des thérapeutes familiaux dans le domaine de l'anorexie, soit la théorie de la « famille psychosomatique » de Minuchin *et al.* publiée en 1978 (Cook-Darzens, 2002; Onnis, 1996; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prata, 1982). Selon cette théorie, certains processus familiaux dysfonctionnels contribueraient à l'apparition et au maintien de l'anorexie chez les adolescentes.

Selon la théorie de la « famille psychosomatique » de Minuchin *et al.* (1978), les familles anorexiques se caractériseraient par l'enchevêtrement (une forme extrême de proximité et d'intensité interactionnelle marquée par des frontières floues et fragiles entre les sous-systèmes familiaux), la rigidité des règles (qui contribue au maintien du fonctionnement rigide de la famille même lorsque des stress externes ou internes à la famille rendent le changement nécessaire), la

surprotection (qui se caractérise par une attention excessive au bien-être de l'autre et une hypersensibilité aux signaux de détresse indiquant l'approche de tensions et de conflits), l'absence de résolution des conflits ( qui se caractérise par un seuil extrêmement faible de tolérance aux conflits et aux différences et une survalorisation de l'harmonie et du consensus) et la triangulation (qui réfère à l'implication de l'adolescente anorexique dans le conflit parental). Cette théorie a été élaborée à l'origine sur la base d'observations de quelques situations cliniques de familles d'adolescentes anorexiques. Elle a ensuite été validée par Minuchin *et al.* (1978) auprès de 25 patientes anorexiques. Les résultats de cette recherche montrent effectivement que les familles d'adolescentes anorexiques présentent la plupart des caractéristiques identifiées par Minuchin *et al.* (1978). Bien que prometteuse, cette théorie n'a pu être confirmée par d'autres études empiriques ultérieures. La principale critique formulée à l'égard de la théorie de Minuchin *et al.* (1978) c'est de ne pas avoir été validée auprès d'un échantillon plus important, plus diversifié et plus représentatif de la population clinique (Cook-Darzens, 2002).

Quand nous regardons de plus près les résultats des études plus récentes sur le profil des familles d'adolescentes anorexiques, la plupart des chercheurs notent une diversité de profils chez ces familles. Par exemple, Kog, Vertommen et Vandereycken, (1987) observent que les familles d'anorexiques qui se rapprochent le plus du modèle de la « famille psychosomatique » de Minuchin *et al.* (1978) seraient des familles intactes et relativement saines d'anorexiques restrictives, jeunes et non chronicisées. D'autres observent que plusieurs familles d'adolescentes anorexiques se situent dans une zone considérée comme non pathologique, selon la recension d'écrits de Cook-Darzens (2002). Enfin, certains chercheurs considèrent que les familles d'anorexiques de type restrictif seraient généralement moins perturbées que les familles d'anorexiques de type boulimique (Casper et Trioani, 2001). Or, ces dernières observations sont basées sur un nombre relativement peu élevé d'études et sur des études portant sur un nombre restreint de variables familiales.

Compte tenu du fait qu'il est reconnu que l'intervention familiale associée à un suivi psychoéducatif des parents et un suivi individuel des adolescentes est parmi les traitements plurimodaux les plus prometteurs pour les adolescentes anorexiques non chronicisées (Cook-Darzens, 2002 ; Krautter *et al.*, 2004, dans Cook-Darzens, 2002; Le Grange *et al.*, 2003, dans Cook-Darzens, 2002; Lock *et al.*, 2001 , dans Cook-Darzens, 2002; Mitchell *et al.*, 2000, dans Cook-Darzens, 2002), il apparaît essentiel de réaliser des études empiriques visant à mieux cerner les différences concernant les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques. Les résultats de ces études permettront éventuellement de mieux comprendre la relation entre certaines caractéristiques familiales et le type d'anorexie présenté par des adolescentes anorexiques d'une part et, d'autre part, de proposer certaines lignes directrices dans l'intervention.

### 3. QUESTION DE RECENSION

La présente étude vise à documenter plus à fond les différences pouvant être observées entre les familles d'adolescentes anorexiques restrictives et les familles d'adolescentes anorexiques boulimiques. Notre recension des écrits aura donc pour objectifs, d'une part, de faire état de l'avancement des connaissances concernant les principales caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques et, d'autre part, de présenter les résultats des études dont l'objectif visait l'identification de différences sur le plan des caractéristiques familiales entre les adolescentes anorexiques restrictives et les adolescentes anorexiques boulimiques.

## DEUXIÈME CHAPITRE

### RECENSION DES ÉCRITS

En lien avec l'objectif de la recension des écrits, ce deuxième chapitre vise à présenter les résultats des études que nous avons recensées concernant les caractéristiques des familles des anorexiques et les différences observées entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives et celles des adolescentes anorexiques boulimiques. En guise d'introduction, nous présentons la méthodologie que nous avons adoptée pour réaliser cette recension des écrits. En conclusion de cette recension des écrits, nous présentons les principales limites des études recensées et les objectifs de notre recherche.

#### 1- MÉTHODOLOGIE DE RECENSION

Plusieurs banques de données informatisées ont été consultées pour réaliser cette recension des écrits. Il s'agit de Medline, Academic Search complete, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection et PsycINFO. Ces banques ont été interrogées en croisant deux catégories de mots-clés et descripteurs. Les termes associés à la première catégorie sont "*anorexia nervosa*" et/ou "*eating disorders*" et "*adolescent*", puis ceux associés à la seconde catégorie sont "*family*" et "*characteristics*", "*classification*", "*functioning*", "*attitudes*", "*relationship*", "*relations*", "*background*", "*conflict*", "*crises*" ou "*structure*".

Une première recherche a d'abord été effectuée en utilisant les banques de données de façon simultanée, puis des recherches ultérieures ont été effectuées en utilisant les diverses banques de données une à une avec leurs descripteurs respectifs jusqu'à ce que nous ne retrouvions plus de nouveaux textes. Par la suite, la sélection des études a été effectuée en fonction de divers critères d'inclusion : 1- les articles devaient porter sur les caractéristiques des familles d'adolescentes

anorexiques restrictives ou boulimiques de population occidentale, 2- être de langue française ou anglaise, 3- être publiés entre 1998 et aujourd'hui. Un peu plus d'une centaine d'articles ont ainsi été présélectionnés. Nous avons alors procédé à une première lecture rapide de ces articles ce qui nous a permis d'éliminer les articles secondaires (recensions d'écrits) tout en consultant leur bibliographie afin de trouver de nouveaux articles primaires. Enfin, une lecture plus approfondie des études primaires restantes a permis de conserver uniquement les articles directement reliés à la question de recension, c'est-à-dire ceux dont l'objectif visait à identifier les caractéristiques des familles des adolescentes présentant un diagnostic d'anorexie mentale et ceux visant l'identification de différences entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques.

Dix études primaires répondaient aux critères de sélection, dont neuf études portant sur les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale et une seule étude portant sur les différences observées entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique. Compte tenu du fait qu'une seule étude primaire portant sur les différences entre les sous-types d'anorexie avait pu être conservée (Casper et Troiani, 2001), nous avons choisi d'élargir nos critères de sélection et avons conservé deux articles supplémentaires concernant directement sur le sujet et qui portaient sur des échantillons composés majoritairement d'adolescents mais également d'adultes (Fornari, Włodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel, et Katz, 1999; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik et Tocilj, 2005). Douze études primaires ont donc été conservées pour la recension.

Compte tenu du nombre limité d'études, nous avons choisi de retenir cinq recensions d'écrits récentes et complètes sur les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale (Godart, Perdereau, Flament et Jeammet, 2002; Hartmann, 2002; Hsu, 2001; O'Hetrick, 2006; Polivy et Herman, 2002) et une seule recension récente et complète issue d'un mémoire portant sur les différences observées entre les adolescentes présentant une anorexie restrictive



ou boulimique, notamment sur les différences observées sur le plan familial (Thibault, 2009). Compte tenu du nombre limité de recensions sur les différences observées entre les anorexiques restrictives et boulimiques, nous avons choisi de retenir les recensions incluses dans les trois articles primaires retenues sur le sujet. L'ajout de ces recensions visait à documenter de façon la plus complète possible les caractéristiques de ces familles. La majorité des articles cités dans ces recensions ont été réalisées avant 1998, année à partir de laquelle nous avons fait notre propre recension d'écrits. La présentation des études recensées avant 1998 permettra d'enrichir le portrait actuel des familles des adolescentes anorexiques.

Le tableau 1 donne un aperçu de cette méthodologie de recension (Annexe A). Le tableau 2 vise, quant à lui, à présenter les principales caractéristiques méthodologiques des douze études recensées selon le devis de recherche utilisé par les auteurs (Annexe B). Sur l'ensemble des douze articles recensés, seulement trois études avaient pour but de comparer les caractéristiques du fonctionnement familial entre les anorexiques restrictives et les anorexiques boulimiques. Les neuf autres études avaient pour principal objectif d'identifier les caractéristiques du fonctionnement familial des adolescentes anorexiques sans prendre en considération les différents sous-types cliniques d'anorexie.

## 2- CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES D'ADOLESCENTES ANOREXIQUES

Cette deuxième section vise à faire état des connaissances actuelles concernant les caractéristiques familiales des adolescentes anorexiques et des différences observées entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques. Elle comprend deux sous-sections. En premier lieu, nous présenterons les résultats des recensions d'écrits récentes sur, d'une part, les principales caractéristiques des familles d'anorexiques et, d'autre part, sur les différences observées entre les anorexiques restrictives ou boulimiques. Pour faciliter la lecture des résultats des recherches recensées, nous avons regroupé les informations sur les familles selon les rubriques suivantes : 1- la cohésion familiale (c'est-à-dire, la qualité des relations entre les membres de la famille), 2- la flexibilité familiale

(c'est-à-dire la qualité du leadership et de l'organisation de la famille), deux des principales catégories dimensionnelles du fonctionnement familial selon Seywert (1990) et 3- les autres caractéristiques familiales. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats des études primaires portant, d'une part, sur les caractéristiques des familles d'adolescentes anorexiques et, d'autre part, sur les différences observées entre les anorexiques restrictives ou boulimiques. Pour faciliter la lecture des résultats de ces dernières études, nous les avons regroupées selon que les chercheurs ont utilisé un devis de recherche de type 1- cas-témoin, 2- comparatif ou 3- descriptif.

## **2.1 Présentation des résultats issus de recensions d'écrits sur les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques**

Cette première sous-section vise à présenter les principaux résultats provenant de cinq recensions d'écrits récentes et complètes qui portent sur les caractéristiques des familles d'anorexiques (Godart, Perdereau, Flament et Jeammet, 2002; Hartmann, 2002; Hsu, 2001; O'Hetrick, 2006; Polivy et Herman, 2002). Rappelons que la majorité des articles cités dans ces recensions ont été réalisées avant 1998, année à partir de laquelle nous avons fait notre propre recension d'écrits.

### *2.1.1 Cohésion familiale chez les anorexiques*

La dimension cohésion familiale inclut des informations sur 1- l'enchevêtrement des relations dans la famille notamment la qualité des frontières intergénérationnelles et interpersonnelles, 2- la communication et l'expression affective et 3- le degré d'autonomie des membres de la famille et la surprotection des parents.

#### *2.1.1.1 L'enchevêtrement des relations entre les membres de la famille.*

Les résultats obtenus concernant l'enchevêtrement des relations entre les membres des familles d'anorexiques ne semblent pas faire consensus. Par exemple, Minuchin et al. (1978, dans O'Hetrick, 2006) observent un niveau élevé d'enchevêtrement caractérisé par un manque de différenciation et d'individuation entre les membres des familles d'anorexiques, alors que d'autres chercheurs ne confirment pas cette observation (Dare, Le Grange, Eisler et Rutherford, 1994, dans Hsu, 2001; Le Grange, Eisler, Dare et Hodes, 1992, dans Hsu, 2001). De même, plusieurs auteurs observent un manque de clarté au niveau des frontières intrafamiliales (Dickstein, 1985, dans Hartmann, 2002; Evans et Street, 1995, dans Hartmann, 2002; Haudek *et al.*, 1999, dans Polivy et Herman 2002; Heron et Leheup, 1984, dans Hartmann, 2002; Kog, Vertommen et Vandereycken, 1987, 1989, dans Hartmann, 2002; Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006; Yager, 1981, dans Hartmann, 2002) notamment au niveau des frontières interpersonnelles (Dickstein, 1985, dans Hartmann, 2002; Yager, 1981, dans Hartmann, 2002; Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006) alors que d'autres chercheurs ne partagent pas cette hypothèse (Humphrey, 1989, dans O'Hetrick, 2006).

#### *2.1.1.2 La communication et l'expression affective.*

Concernant la communication entre les membres des familles d'anorexiques, Humphrey (1989, dans O'Hetrick, 2006) observe un plus haut niveau de communication destructrice entre les patientes anorexiques et leur père. Cet auteur rapporte également un niveau plus élevé d'affect négatif et de blâme de la part des pères à l'égard des adolescentes. Dans le même ordre d'idées, d'autres chercheurs notent que les pères sont davantage perçus par les adolescentes anorexiques comme étant peu soutenant, boudeurs, retirés, négligents et démontrant peu d'affection (Humphrey, 1988, dans Hartmann, 2002). Par ailleurs, il apparaît que les mères feraient preuve d'un haut niveau de commentaires critiques envers leur fille anorexique (Vanfurth, Vanstrien, Martina, Vanson, Hendrickx et Van Engeland 1996, dans Polivy et Herman, 2002).

### 2.1.1.3 *Le degré d'autonomie et la surprotection des parents.*

D'abord, sur le plan de l'autonomie, plusieurs auteurs notent, d'une part, le non-soutien à l'expression de l'individualité, de l'autonomie et de l'indépendance et, d'autre part, une loyauté extrême envers la famille, la valorisation du sacrifice de soi et le maintien à tout prix des apparences dans les familles d'anorexiques (Selvini-Palazzoli, 1982, dans Godart *et al.*, 2002; Bruch, 1978, 1982, dans Godart *et al.*, 2002). De plus, ces auteurs mentionnent que ces valeurs sont souvent transmises d'une génération à l'autre. Aussi, Goldstein (1981, dans Hartmann, 2002) observe que les membres des familles d'anorexiques tendent à être davantage dépendants les uns à l'égard des autres et anxieux ou inquiets dans leurs relations en comparaison aux membres de familles dont un membre souffre d'un autre trouble psychiatrique.

Par ailleurs, certains chercheurs rapportent que les parents des anorexiques sont davantage surprotecteurs (Minuchin, Rosman et Baker, 1978, dans O'Hetrick, 2006; Selvini-Palazzoli, 1974, dans Hartmann, 2002; Walters et Kendler, 1995, dans O'Hetrick, 2006). D'autres observent que les patients présentant des troubles alimentaires perçoivent leur père comme étant plus surprotecteur que leur mère (Palmer, Oppengeimer et Marshall, 1988, dans O'Hetrick, 2006; Steiger, Goldstein et Leichner, 1989, dans O'Hetrick, 2006) et perçoivent leur mère comme étant moins surprotectrices que celles d'autres patients psychiatriques (Russell, Dare, Eisler et Le Grange, 1992, dans Godart *et al.*, 2002).

### 2.1.2 *Flexibilité familiale chez les anorexiques*

Deux dimensions de la flexibilité familiale sont considérées ici, soit 1- l'habileté des familles des adolescentes anorexiques à résoudre des problèmes et 2- le fonctionnement des familles sous l'angle des rôles et des règles de fonctionnement.

### *2.1.2.1 Résolution des problèmes.*

Sur le plan de la résolution des problèmes, les auteurs observent une tendance à éviter les conflits et une résolution de conflits lacunaire chez les familles des anorexiques (Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006; Kog et Vandereycken, 1989, dans O'Hetrick, 2006).

### *2.1.2.2 Les rôles, les règles et le contrôle des comportements.*

En ce qui concerne la gestion des règles à l'intérieur de la famille, il ressort une certaine rigidité familiale. Certains auteurs rapportent un environnement familial critique (Hill et Franklin, 1998, dans Polivy et Herman, 2002; Pike et Rodin, 1991, dans Polivy et Herman, 2002) et rigide (Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006), une valorisation de la conformité et de l'obéissance (Kog et Vandereycken, 1989, dans O'Hetrick, 2006) et un manque de leadership parental (Selvini-Palazzoli, 1974, dans Hartmann, 2002). Plus particulièrement, certains auteurs rapportent que les mères des anorexiques adoptent une attitude plus stricte sur le plan de la discipline que celles du groupe de comparaison (Rastum and Gillberg, 1991, dans Hartmann, 2002). D'autres auteurs parlent plutôt de dominance de la part de la mère envers sa fille (Bruch, 1973, dans Hartmann, 2002).

### *2.1.3 Autres caractéristiques*

Enfin, les recensions d'écrits consultés mettent en évidence d'autres caractéristiques familiales soit 1- l'importance accordée au poids dans la famille et 2- la présence de troubles psychiatriques chez les membres des familles des anorexiques.

#### *2.1.3.1 Importance accordée au poids.*

D'abord, en ce qui concerne l'importance accordée au poids dans les familles d'anorexiques, plusieurs études indiquent que cette préoccupation se transmet de génération en génération (Pike et Rodin, 1991, dans Hartmann, 2002; Stice, 1994, dans Hartmann, 2002 ; Striegel-Moore *et al.*, 1986, dans Hartmann,

2002). En outre, plusieurs chercheurs notent que les mères encouragent les comportements alimentaires restrictifs de leur fille anorexique (Hill et Franklin, 1998, dans Hartmann, 2002; Stice, 1994, dans Hartmann, 2002; Striegel-Moore *et al.*, 1986, dans Hartmann, 2002).

#### 2.1.3.2 Antécédents de troubles psychiatriques.

Plusieurs chercheurs ont porté leur attention sur la présence d'antécédents de troubles psychiatriques chez les membres des familles d'anorexiques. Certains rapportent une plus grande proportion de désordres psychiatriques que celle retrouvée dans la population générale dont les troubles de l'humeur, principalement la dépression chez les membres des familles d'anorexiques (Biederman, Rivinus, Kemper, Hamilton, Macfadyen et Harmartz, 1985, dans Godart *et al.*, 2002; Gershon, Schreiber et Hamovit, 1984, dans Godart *et al.*, 2002; Hudson, Pope, Jonas, Yurelan-Todd et Frankenburg, 1983, dans Godart *et al.*, 2002; Piran, Kennedy, Garfinkel et Owens, 1985, dans Godart *et al.*, 2002; Rivinus, Biedermann et Herzog, 1984, dans Godart *et al.*, 2002; Strober, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, 1990, dans Godart *et al.*, 2002; Winokur, March et Mendels, 1980, dans Godart *et al.*, 2002). Également, plusieurs chercheurs notent une plus forte proportion de mères présentant un trouble alimentaire chez les mères d'anorexiques (Hill et Franklin, 1998, dans Polivy et Herman, 2002; Pike et Rodin, 1991, dans Polivy et Herman, 2002; Stein, Wooley, Cooper et Fairburn, 1994, dans Hartmann, 2002). Enfin, il semble que la famille des mères d'anorexiques présente également plusieurs caractéristiques associées à l'anorexie soit une faible cohésion familiale, des préoccupations concernant les diètes et de longues histoires de diètes (Pike et Rodin, 1991, dans Hartmann, 2002).

#### 2.1.4 Résumé

Globalement les résultats des études présentées dans les recensions d'écrits mettent en évidence la faible qualité de la communication dans la relation père-fille, une tendance au repli sur soi et une faible expression d'affection chez les pères et une attitude critique des mères à l'égard des filles. En outre, on note un manque

d'autonomie des membres de la famille et la présence de conduites de surprotection des parents à l'égard de la fille notamment de la part des pères. De même, les études recensées révèlent des difficultés chez les familles d'anorexiques à résoudre des problèmes, la tendance à éviter les conflits et la rigidité des règles familiales. Dans un autre ordre d'idées, on note des préoccupations pour le poids et la présence de troubles psychiatriques notamment la dépression chez les membres de la famille et des troubles alimentaires chez les mères. Enfin, on observe un manque de consensus entre les chercheurs concernant le degré élevé d'enchevêtrement dans les familles d'anorexiques et le manque de clarté des frontières intergénérationnelles et interpersonnelles.

## **2.2 Présentation des résultats issus de recensions d'écrits sur les différences observées entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives ou boulimiques**

Cette deuxième sous-section vise à présenter les principaux résultats provenant de la recension d'écrits de Thibault (2009) et des recensions d'écrits incluses dans les articles primaires conservés (Casper et Troiani, 2001; Fornari et al., 1999; Vidovic et al., 2005) portant sur les différences observées entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives ou boulimiques. Rappelons que la majorité des articles cités dans ces recensions ont été réalisées avant 1998, année à partir de laquelle nous avons fait notre propre recension d'écrits.

### ***2.2.1 Cohésion familiale chez les anorexiques restrictives ou boulimiques***

Rappelons que la dimension cohésion familiale inclut des informations sur la qualité des relations entre les membres de la famille, notamment la communication et l'expression affective.

De manière générale, les parents des anorexiques boulimiques, en comparaison aux parents des anorexiques restrictives, indiquent des niveaux significativement plus faibles de cohésion dans leur famille (Strober, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, dans Casper et Troiani, 2001). Également, en

comparaison aux anorexiques boulimiques, les anorexiques restrictives indiquent se sentir plus heureuses avec leur famille (Heron et Leheup, 1984, dans Casper et Troiani, 2001).

Toujours en comparaison aux familles des anorexiques boulimiques, les anorexiques restrictives et leurs parents rapportent de meilleures relations familiales (Casper, 1981, dans Casper et Troiani, 2001; Strober, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, dans Casper et Troiani, 2001).

Enfin, les familles des anorexiques boulimiques tendent à être plus hostiles que les familles des anorexiques restrictives (Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001). Cette hostilité semble davantage observée de la part des anorexiques boulimiques envers leurs parents (Wonderlich et Swift, 1990, dans Thibault, 2009).

### *2.2.2 Flexibilité familiale chez les anorexiques restrictives ou boulimiques*

Rappelons que la dimension de la flexibilité familiale inclut des informations sur la qualité du leadership et de l'organisation de la famille, notamment la résolution de conflits, l'autorité et le contrôle parental.

De manière générale, les familles des anorexiques boulimiques et des boulimiques nerveuses tendent à être plus désorganisées que les familles des anorexiques restrictives (Garfinkel, Garner et Rose, 1983, dans Vidovic et al., 2005; Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Goldstein, 1981, dans Fornari et al., 1999; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001).

Plus précisément, les familles des anorexiques boulimiques et des boulimiques nerveuses tendent à être plus conflictuelles que les familles des anorexiques restrictives (Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et



Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001; Johnson et Flach, 1985, dans Vidovic et al., 2005; Strober, 1981, dans Fornari et al., 1999; Strober, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, dans Casper et Troiani, 2001).

### *2.2.3 Résumé*

Globalement les résultats des études présentées dans les recensions d'écrits mettent en évidence un portrait familial plus négatif pour les familles des anorexiques boulimiques que pour celles des anorexiques restrictives. Il ressort un plus faible niveau de cohésion perçu par les parents chez les familles des anorexiques boulimiques en comparaison aux familles des anorexiques restrictives. Cela serait caractérisé par de moins bonnes relations familiales perçues, un niveau plus élevé d'hostilité (surtout de la part des enfants à l'égard des parents). En outre, les anorexiques boulimiques se disent moins heureuses au sein de leur famille. De plus, les familles des anorexiques boulimiques et celles des boulimiques ressortent comme étant plus désorganisées et plus conflictuelles.

## **2.3 Présentation des résultats des études primaires concernant les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale**

Rappelons que les résultats des neuf études primaires concernant les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale sont présentés selon les devis de recherche suivants : 1- devis comparatif dont le groupe de comparaison est recruté dans la population générale, 2- devis comparatif dont le groupe témoin est recruté dans des milieux cliniques, 3- devis descriptif. Les études recensées ici sont présentées dans le tableau 3 (Annexe C).

### 2.3.1 Études avec devis comparatif dont le groupe de comparaison est recruté dans la population générale :

Parmi les neuf études recensées, quatre études visaient à comparer les caractéristiques des familles d'adolescentes anorexiques avec celles des familles d'adolescentes saines provenant de la population générale. Il s'agit de l'étude de Cook-Darzens Doyen, Falissard et Mouren, (2005), de Delannes, Doyen, Cook-Darzens et Mouren (2006), d'Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask et Waller, (2004) et de Karwautz, Nobis, Haidvogel, Hafferl-Gattermayer, Wöber-Bingöl et Friedrich (2002).

Dans leur étude comparative portant sur un échantillon de 40 familles d'adolescentes anorexiques (groupe cas) et 98 familles d'adolescentes ne présentant pas de problème de santé (groupe de comparaison), Cook-Darzens *et al.*, (2005) rapportent que les membres des familles d'anorexiques se sentent significativement moins unies (moins cohésives), plus désengagées (plus distantes) que les membres des familles des adolescentes ne présentant pas de problème de santé. Dans le même ordre d'idées, ces chercheurs remarquent que les anorexiques et leur fratrie perçoivent leur famille significativement moins cohésive en comparaison à leurs parents. Par ailleurs, il apparaît que les membres des familles des adolescentes anorexiques reconnaissent être moins satisfaits de leur vie familiale que les membres des familles du groupe témoin.

Dans l'étude de Delannes *et al.*, (2006) visant à comparer les scores obtenus par un échantillon de 10 familles d'adolescentes anorexiques à certains questionnaires familiaux présentant des normes populationnelles, il ressort que les scores obtenus par les membres des familles d'adolescentes anorexiques sont inférieurs aux sous-échelles de cohésion familiale et d'adaptabilité que ceux obtenus par un échantillon populationnel selon les normes du questionnaire utilisé.

De leur côté, les résultats de l'étude d'Emanuelli *et al.*, (2004) portant sur un échantillon de 34 familles d'adolescentes anorexiques (groupe cas) et 49 familles

d'adolescentes ne présentant pas de problème de santé (groupe de comparaison) indiquent que les membres des familles d'anorexiques ont une perception plus négative du fonctionnement familial général comparativement aux membres des familles d'adolescentes ne présentant pas de problème de santé. Cependant, cette perception ne semble pas partagée de la même manière par tous les membres à l'intérieur des familles d'anorexiques. Par exemple, ces chercheurs notent que dans ces familles les adolescentes ont une perception plus négative que leurs parents et les mères ont une perception plus négative que les pères à ce niveau. Ces chercheurs rapportent également que la communication entre les membres des familles d'anorexiques est significativement plus perturbée que la communication entre les membres de familles provenant de la population générale. À ce niveau, ils observent que les filles anorexiques sont celles qui ont une perception plus négative de la communication à l'intérieur de leur famille. Sur le plan de l'engagement affectif, les résultats de cette étude indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les membres des familles d'anorexiques et ceux des familles du groupe témoin sur ce plan.

De leur côté, Karwautz *et al.*, (2002) ont comparé 31 adolescentes anorexiques avec leur sœur en santé la plus près en âge. Sur le plan de l'autonomie individuelle, il apparaît que les adolescentes anorexiques auraient une perception significativement plus faible de leur niveau d'autonomie individuelle face à leur mère en comparaison à leur sœur saine. Cette perception est également partagée par les mères. Toutefois, il n'y aurait pas de différence significative observée au niveau de la perception de l'autonomie des adolescentes face à leur père. De même, il ressort que les adolescentes anorexiques perçoivent une cohésion relationnelle significativement plus élevée avec leurs parents en comparaison à leur sœur. L'auteur explique cette différence principalement par la perception d'une faible autonomie des anorexiques envers chacun de leurs parents. Enfin, aucune différence significative n'a été observée entre les sœurs au niveau de la perception des liens affectifs lors de l'évaluation des triades de chacune des filles avec leurs parents.

### 2.3.1.1 *Résumé.*

Globalement, les résultats de ces études mettent en évidence chez les familles d'anorexiques un portrait qui tend à être plus négatif que chez les familles provenant de la population générale. Il ressort une perception plus négative du fonctionnement familial général, principalement de la part des adolescentes (Emanuelli et al., 2004), une plus faible satisfaction face au fonctionnement familial (Cook-Darzens *et al.*, (2005), un plus faible niveau d'autonomie individuelle perçu chez les anorexiques face à leur mère et l'absence de différence significative perçue à ce niveau face à leur père (Karwautz *et al.*, 2002), un plus haut niveau de désengagement (Cook-Darzens *et al.*, 2005), un plus faible degré d'adaptabilité familiale (Delannes *et al.*, 2006) et une communication plus perturbée entre les membres des familles principalement du point de vue des anorexiques (Emanuelli *et al.*, 2004).

Par ailleurs, on observe un manque de consensus entre les chercheurs concernant le degré de cohésion relationnelle perçu par les membres (un plus faible degré perçu, notamment par les anorexiques et la fratrie selon Delannes *et al.*, (2006) et Cook-Darzens *et al.*, (2005) et un plus fort degré perçu par les anorexiques comparativement à leur sœur en santé selon Karwautz *et al.*, (2002)).

Par ailleurs, on n'observe pas de différence significative entre les membres des familles d'anorexiques et ceux des familles de la population générale au niveau de l'engagement affectif (Emanuelli *et al.*, 2004) et au niveau de la perception des liens affectifs selon les adolescentes anorexiques comparativement à leur sœur en santé (Karwautz *et al.*, (2002)).

### 2.3.2 *Études avec devis comparatif dont le groupe témoin est recruté dans des milieux cliniques*

Toujours parmi les neuf études recensées, trois études visaient à comparer les familles d'adolescentes anorexiques avec divers échantillons cliniques non anorexiques. Il s'agit des études de Lattimore, Wagner et Gowers (2000), de Ruuska, Koivisto, Rantanen et Kaltiala-Heino (2007) et de McDermott, Batik, Roberts et Gibbon (2002).

L'étude de Lattimore *et al.*, (2000) visait à comparer 20 familles d'adolescentes anorexiques à un groupe de comparaison composé de 14 familles de patientes psychiatriques dans le cadre d'une tâche expérimentale centrée sur la discussion. Cette étude a permis d'établir que, comparativement au groupe de comparaison, la relation entre les adolescentes anorexiques et leur mère est davantage caractérisée par le désagrément, les blâmes et les affects négatifs. De plus, ces dyades démontrent significativement plus souvent une communication destructive et moins souvent une communication constructive réciproque que la dyade du groupe de comparaison.

De leur côté, Ruuska *et al.*, (2007), comparant 34 adolescentes anorexiques à un groupe de comparaison composé de 23 adolescentes présentant une boulimie nerveuse, observent que 46 % des adolescentes ayant un trouble alimentaire se disent insatisfaites dans leur relation avec leur famille nucléaire. Ces chercheurs notent que les adolescentes boulimiques sont moins satisfaites du fonctionnement de leur famille que les adolescentes anorexiques. Il ressort également que les adolescentes anorexiques rapportent un plus faible niveau d'indépendance à l'égard de leurs parents et un plus faible niveau de socialisation à l'extérieur de la famille en comparaison aux adolescentes boulimiques.

Par ailleurs, l'étude de, McDermott *et al.*, (2002) portant sur un échantillon composé de 80 adolescentes ayant des troubles alimentaires dont 42 anorexiques, 12 boulimiques et 26 ayant un trouble alimentaire non spécifié visait entre autres à comparer deux sous-groupes d'adolescentes en fonction des comportements alimentaires qu'elles tendent à adopter (1- tendance aux comportements restrictifs, 2- tendance aux comportements boulimiques) sans tenir compte de leur diagnostic spécifique. Ainsi, les scores de la version abrégée du *Family Assessment Device* indiquent que les familles du sous-groupe des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements restrictifs obtiennent un score plus faible de dysfonctionnement familial que le sous-groupe des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements boulimiques, ce qui démontre un meilleur fonctionnement familial.

Également, les chercheurs notent que les familles du sous-groupe des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements restrictifs rapportent significativement moins de difficultés lors de la planification des activités familiales et lors des confidences entre les membres de la famille.

#### 2.3.2.1 *Résumé.*

Globalement, les résultats de ces études mettent en évidence une plus faible qualité de la communication dans la relation mère-fille (caractérisée par plus de blâmes, de désagrément et d'affects négatifs) chez les familles d'anorexiques en comparaison aux familles de patients psychiatriques (Lattimore *et al.*, 2000), un plus faible niveau d'indépendance à l'égard de leurs parents, un plus faible niveau de socialisation à l'extérieur de la famille et une plus grande satisfaction face au fonctionnement familial chez les adolescentes anorexiques en comparaison aux adolescentes boulimiques (Ruuska *et al.*, 2007), un meilleur fonctionnement familial et un plus faible niveau de difficultés lors de la planification des activités familiales et lors des confidences entre les membres de la famille chez les adolescentes ayant tendance à adopter des comportements restrictifs en comparaison à celles ayant tendance à adopter des comportements boulimiques (McDermott *et al.*, 2002).

#### 2.3.3 *Études avec devis descriptif*

Toujours parmi les neuf études recensées, deux études visaient à décrire les caractéristiques des familles d'anorexiques sans utiliser de groupe de comparaison. Il s'agit des études de Gowers et North, (1999) et de Dallos et Denford (2008).

L'étude de Gowers et North, (1999) visait à comparer la perception des membres à l'intérieur de 35 familles d'adolescentes anorexiques et celle des cliniciens. Ces derniers observent que les adolescentes anorexiques ont une perception plus négative du fonctionnement de leur famille que leurs parents. En outre, il ressort que les perceptions des adolescentes anorexiques se rapprochent de celles des cliniciens (Gowers et North, 1999).

De leur côté, Dallos et Denford (2008) ont mené une étude qualitative visant à décrire 4 familles d'adolescentes anorexiques. Ces chercheurs notent que les membres des familles d'anorexiques perçoivent un manque de réconfort, de chaleur et d'affection à l'intérieur de leur famille à travers les générations ainsi que dans leur famille actuelle. De même, il apparaît que les membres de ces familles éprouvent de l'appréhension face à l'expression des émotions. En ce qui concerne la qualité des relations entre les membres de la famille, les chercheurs notent chez les familles d'anorexiques la présence d'histoires de problèmes relationnels à travers les générations et dans la famille actuelle de même qu'une tendance des membres des familles d'anorexiques à vouloir éviter les relations négatives qu'ils ont eues avec leurs parents. Ces mêmes chercheurs observent également un processus de triangulation et d'argumentation à l'intérieur des familles d'anorexiques. Ils notent la présence de sentiments envahissants et continus d'un conflit actuel ou imminent entre les parents. Enfin, les chercheurs ont remarqué une relation généralement négative avec la nourriture à travers les générations à l'intérieur des familles d'anorexiques faisant partie de leur échantillon. En outre, ces familles décrivent le climat des repas comme étant émotionnellement froid, négatif et parfois très aversif, teinté d'abus et d'humiliation.

#### 2.3.3.1 *Résumé.*

Globalement, les résultats de ces études mettent en évidence une perception plus négative du fonctionnement familial général chez les adolescentes anorexiques et les cliniciens que chez les parents (Gowers et North, 1999), une appréhension face à l'expression des émotions, une tendance à éviter les relations négatives, la présence de sentiments envahissants d'un conflit actuel ou imminent entre les parents, la présence de problèmes relationnels, un manque de réconfort, de chaleur et d'affection, des processus de triangulation et d'argumentation, une relation négative avec la nourriture et un climat aversif lors des repas (Dallos et Denford, 2008).

#### **2.4 Présentation des résultats des études primaires concernant les différences observées entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique**

Sur les douze études primaires recensées, seulement trois études visent à identifier les différences entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique (Casper et Troiani, 2001; Fornari et al., 1999; Vidovic et al., 2005). Les études recensées ici sont aussi présentées dans le tableau 3 (Annexe C).

L'étude, réalisée par Casper et Troiani (2001), porte sur un échantillon composé de 17 familles d'adolescentes anorexiques subdivisé selon le sous-type d'anorexie présenté (1- anorexiques restrictives, 2- anorexiques boulimiques) (groupes clinique) et de 34 familles d'adolescentes ne présentant pas de problème de santé (groupe de comparaison). Les résultats indiquent que les familles des anorexiques boulimiques perçoivent un fonctionnement familial davantage perturbé que les familles des adolescentes anorexiques restrictives et celles d'adolescentes ne présentant pas de problèmes de santé, notamment au niveau de l'accomplissement des tâches, de la communication et de l'expression affective. Toujours en comparaison aux familles des adolescentes anorexiques restrictives et celles provenant de la population générale, il apparaît que les familles des anorexiques boulimiques présentent davantage de problèmes relationnels (principalement entre le père et sa conjointe selon le père et entre la mère et l'adolescente anorexique selon la mère). En outre, les chercheurs n'observent pas de différence en comparaison aux membres de la fratrie des adolescentes ne présentant pas de problème de santé au niveau de l'évaluation faite par la fratrie des adolescentes anorexiques boulimiques au sujet de la relation entre les membres de la famille. Ensuite, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les familles des anorexiques restrictives et celles du groupe de comparaison concernant la perception du fonctionnement familial général. Cependant, toujours en comparaison avec les familles d'adolescentes ne présentant pas de problème de santé, il ressort chez les familles des anorexiques restrictives un plus faible niveau de difficultés familiales sur le plan de l'exécution des rôles, de l'adhérence aux



valeurs et aux normes et des relations moins perturbées entre les adolescentes et leur mère, puis entre leur père et la fratrie (selon le père).

Ensuite, l'étude de Vidovic et al., (2005) portant sur un échantillon composé de 76 sujets adolescents et adultes présentant un trouble alimentaire<sup>2</sup> indique que les familles des anorexiques boulimiques et celles des boulimiques nerveuses évaluent des niveaux de cohésion et de flexibilité familiale significativement plus faibles que les familles des anorexiques restrictives et celles des deux groupes de comparaison. Par ailleurs, ces auteurs notent qu'il n'y a pas de différence significative à ces niveaux entre les familles des anorexiques restrictives et celles des deux groupes de comparaison. Ensuite, les familles des anorexiques boulimiques et celles des boulimiques nerveuses démontrent une communication mère-fille significativement plus perturbée que les familles des anorexiques restrictives et celles des deux groupes de comparaison. Par ailleurs, les chercheurs n'observent pas de différence significative entre les familles des anorexiques restrictives et celles des deux groupes de comparaison à ce niveau.

Enfin, l'étude de Fornari et al. (1999) portant sur un échantillon composé de 106 personnes ayant des troubles alimentaires âgées entre 9 et 29 ans dont 37 anorexiques restrictives, 28 anorexiques boulimiques, 26 boulimiques et 15 ayant un trouble alimentaire non spécifié indique l'absence de relation significative entre le type de trouble alimentaire et la perception du fonctionnement familial lorsqu'ils procèdent à des analyses de variance simple, considérant uniquement le diagnostique du trouble alimentaire comme variable indépendante. Cependant, les résultats de l'étude démontrent que, lorsque les chercheurs incluent également dans leurs analyses la présence de symptômes dépressifs, le statut socio-économique, l'âge et le niveau d'éducation, il ressort que les symptômes dépressifs et le diagnostic de boulimie nerveuse sont les prédicteurs les plus significatifs d'un moins bon fonctionnement familial. Cela concernerait principalement la résolution de

---

<sup>2</sup> Anorexiques restrictives (n=13), anorexiques boulimiques (n=14), boulimiques (n=44), sujets ayant un trouble alimentaire non spécifié (n=5) et 29 mères (groupes cas) et de 2 groupes témoins d'adolescentes et de femmes ne présentant pas de problème de santé (femmes de la population générale et leur mère (n=50), étudiantes universitaires en médecine (n=79)

problème, la distribution des rôles et le fonctionnement familial général. Les résultats des anorexiques boulimiques vont dans le même sens que ces derniers résultats, mais de façon non significative. De leur côté, les anorexiques restrictives démontrent un meilleur fonctionnement familial que les autres groupes pour l'ensemble des échelles, mais de façon non significative. Par ailleurs, les chercheurs indiquent que les personnes qui ont un niveau similaire de dépression tendent à décrire un fonctionnement familial similaire entre eux. Ils observent en outre un plus haut niveau de dépression chez les anorexiques boulimiques et chez les boulimiques que chez les anorexiques restrictives, ce qui pourrait contribuer à expliquer un moins bon fonctionnement familial retrouvé chez ces deux premiers groupes.

## **2.5 Résumé et conclusion**

Globalement, les résultats de ces études signalent un fonctionnement familial général plus perturbé chez les familles d'anorexiques boulimiques comparativement aux familles des anorexiques restrictives et aux familles des adolescentes ne présentant pas de problème de santé. Plus précisément, il ressort chez les familles d'anorexiques boulimiques davantage de difficultés au niveau de l'accomplissement des tâches, de la communication et de l'expression affective, davantage de problèmes relationnels (Casper et Troiani, 2001), une communication mère-fille plus perturbée et des niveaux de cohésion et de flexibilité familiale significativement plus faible (Vidovic et al., 2005).

Par ailleurs, en comparaison aux familles des adolescentes ne présentant pas de problème de santé, il ressort que les familles des anorexiques restrictives présentent moins de difficultés au niveau de l'exécution des rôles et de l'adhérence aux valeurs et aux normes et présentent des relations intrafamiliales moins perturbées (entre les adolescentes et leur mère, puis entre leur père et la fratrie) (Casper et Troiani, 2001).

Par ailleurs, on n'observe pas de différence significative entre les familles des anorexiques restrictives et celles des adolescentes ne présentant pas de

problème de santé concernant la perception du fonctionnement familial général (Casper et Troiani, 2001), de la cohésion familiale, de la flexibilité familiale et de la qualité de la communication mère-fille (Vidovic et al., 2005). Les chercheurs n'observent pas de différence significative au niveau de la relation entre les membres de la famille lorsqu'évaluée par les membres de la fratrie des adolescentes anorexiques boulimiques en comparaison aux membres de la fratrie des adolescentes ne présentant pas de problème de santé (Casper et Troiani, 2001). Enfin, certains auteurs notent l'absence de relation significative entre le type du trouble alimentaire et la perception du fonctionnement familial lorsqu'ils procèdent à des analyses de variance simple, mais confirment la tendance d'un fonctionnement familial plus perturbé chez les boulimiques au niveau de la résolution de problème, la distribution des rôles et le fonctionnement familial général principalement lorsqu'ils tiennent compte du niveau de dépression des adolescentes (Fornari et al., 1999).

Ces dernières données semblent indiquer que les familles des anorexiques boulimiques présenteraient davantage de difficultés que les familles des anorexiques restrictives. La présentation du tableau 4 en annexe D vise à faire état des caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques qui ont pu être dégagées des recensions d'écrits et des études primaires que nous avons recensées. La présentation du tableau suivant vise à faire état des recensions d'écrits et des études primaires dont l'objectif visait à identifier des différences entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique.

**Tableau 5 :**  
**Principales différences observées entre les familles d'adolescentes présentant**  
**une anorexie restrictive ou boulimique**

Auteurs	Principales différences observées
Casper et Troiani, 2001; McDermott <i>et al.</i> , 2002	- Fonctionnement familial général plus perturbé chez les adolescents ayant tendance à adopter des comportements alimentaires boulimiques que chez les adolescents ayant tendance à adopter des comportements alimentaires restrictifs.
-Fornari et al., 1999	- Seulement si des analyses multivariées sont effectuées en incluant le niveau de dépression des adolescentes; sinon, aucune différence observée à ce niveau.
Heron et Leheup, 1984, dans Casper et Troiani, 2001	- Les anorexiques boulimiques se sentent moins heureuses au sein de leur famille que les anorexiques restrictives.
Strober, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, dans Casper et Troiani, 2001; Vidovic et al., 2005	- Plus faible niveau de cohésion et de flexibilité familiale chez les anorexiques boulimiques et chez les boulimiques que chez les anorexiques restrictives.
Garfinkel, Garner et Rose, 1983, dans Vidovic et al., 2005; Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Goldstein, 1981, dans Fornari et al., 1999; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001	- Plus haut niveau de désorganisation chez les familles des anorexiques boulimiques et des boulimiques nerveuses que chez celles des anorexiques restrictives
Casper et Troiani, 2001; Casper, 1981, dans Casper et Troiani, 2001; Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001; Johnson et Flach, 1985, dans Vidovic et al., 2005;	- Plus de difficultés relationnelles (conflits) entre les membres chez les familles d'anorexiques boulimiques que chez celles des anorexiques restrictives.

Strober, 1981, dans Fornari et al., 1999; Stroer, Salkin, Burroughs et Morrell, 1982, dans Casper et Troiani, 2001	
Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel et al., 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001	- Plus d'hostilité entre les membres chez les familles d'anorexiques boulimiques que chez celles des anorexiques restrictives.
Casper et Troiani, 2001; Vidovic et al., 2005	- Les familles des adolescentes anorexiques boulimiques présenteraient plus de perturbations au niveau de la communication que celles des anorexiques restrictives.
Casper et Troiani, 2001	-Les familles des adolescentes anorexiques boulimiques présenteraient un fonctionnement familial plus perturbé au niveau de l'expression affective que celles des anorexiques restrictives.
Fornari <i>et al.</i> , 1999	-Les familles des adolescentes anorexiques boulimiques présenteraient un fonctionnement familial plus perturbé au niveau de la résolution de problèmes, de la distribution des rôles et du fonctionnement familial général lorsque le niveau de dépression est intégré dans les analyses statistiques.
Casper et Troiani, 2001	-Les adolescents ayant tendance à adopter des comportements alimentaires boulimiques perçoivent davantage de difficultés au niveau familial sur le plan de l'accomplissement des tâches.
McDermott <i>et al.</i> , 2002	-Les adolescents ayant tendance à adopter des comportements alimentaires boulimiques perçoivent davantage de difficultés au niveau familial sur le plan de la planification des activités familiales.

### 3- LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

D'abord, force est de constater que très peu d'études récentes ont porté sur l'identification de différences entre les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive ou boulimique malgré le fait que ces deux sous-types d'anorexie sont reconnus formellement depuis la publication du DSM-IV en 2004. Nous avons recensé seulement trois études sur ce thème plus spécifique depuis 1998 et une seule portant uniquement sur une population d'adolescentes dont l'échantillon est limité de 17 adolescentes anorexiques. D'autres études doivent donc être réalisées afin de mieux documenter les différences observées entre ces familles.

Par ailleurs, quand on prend en considération l'ensemble des études portant sur les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques, notre recension des écrits a permis de mettre en évidence le fait que la plupart des études ont tenu compte d'un nombre restreint de dimensions familiales lors de l'évaluation et de l'analyse des résultats : fonctionnement familial (Casper et Troiani, 2001; Cook-Darzens et al., 2005; Delannes et al., 2006; Growers et North, 1999; McDermott et al., 2002; Ruuska et al., 2007), l'autonomie individuelle et la cohésion relationnelle (Karwautz et al., 2002), la qualité de la relation mère-fille (Lattimore et al., 2000) et la qualité des relations dans la famille et l'expression des émotions (Dallos et Denford, 2008). Or, ces analyses unidimensionnelles ne permettent pas d'établir si l'effet observé de ces variables prises individuellement peut être amplifié, atténué ou annulé lors de l'interaction d'autres variables familiales observées chez ces familles. La seule étude portant sur un nombre plus important de variables familiales telles que la perception du fonctionnement familial, la communication, l'engagement affectif et la résolution des problèmes n'a pas permis d'établir le poids relatif de ces différentes variables (Emanuelli et al., 2004).

Dans la présente recherche, nous tenterons de pallier à certaines lacunes méthodologiques notamment en tenant compte d'un nombre plus importants de

variables familiales et en tentant d'évaluer le poids relatif de ces différentes variables.

#### 4- OBJECTIFS DE RECHERCHE

La présente étude vise à identifier parmi un ensemble de caractéristiques familiales (telles que le ratio de cohésion et de flexibilité, la qualité de la communication, l'expression des émotions négatives et positives, la satisfaction concernant le fonctionnement familial et la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes) celles qui sont les plus fortement associées à l'anorexie boulimique.

Une des retombées possibles de notre recherche sera éventuellement de proposer aux intervenants certaines lignes directrices dans le travail auprès de ces familles et possiblement d'améliorer l'impact des interventions.

## **TROISIÈME CHAPITRE**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous présentons dans l'ordre le devis de recherche, la description de l'échantillon retenu, le déroulement de la collecte de données, la description des instruments de mesure, les aspects déontologiques de l'étude et, finalement les méthodes d'analyses statistiques privilégiées pour atteindre nos objectifs.

#### **1. DEVIS DE RECHERCHE**

Rappelons que la présente étude vise en premier lieu à identifier les caractéristiques des familles qui permettent de distinguer les familles des adolescentes anorexiques restrictives des familles des adolescentes anorexiques boulimiques et, en second, lieu d'identifier, parmi ces caractéristiques celles qui sont les plus fortement associées à l'un ou l'autre sous-type d'anorexie. Il s'agit donc d'une étude descriptive et comparative de type transversale. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude d'envergure visant à évaluer les caractéristiques personnelles et familiales de tous les jeunes âgés de 8 à 17 ans référés au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) pour des troubles alimentaires et leur évolution dans le temps. Cette étude est dirigée par Robert Pauzé, professeur titulaire au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke.

#### **2. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE LA PRÉSENTE ÉTUDE**

Cette section vise à présenter les critères de sélection et d'exclusion des participants dans la présente étude et la procédure d'échantillonnage utilisée.



## **2.1. Critères de sélection et d'exclusion des participants dans la présente étude**

L'échantillon de la présente étude est composé de toutes les familles des adolescentes âgées de 12 à 17 ans, ayant reçu un diagnostic d'anorexie restrictive ou boulimique entre juin 2006 et décembre 2009 au CHUS et qui ont donné leur consentement pour participer à la recherche (n=42). Sont exclus de l'étude les garçons présentant une anorexie mentale (n=4). Ce choix se justifie par le fait qu'il n'y a pas à notre connaissance de recherche ayant été réalisée dans le but d'établir s'il y a des différences entre les anorexiques selon qu'ils sont des garçons ou des filles. Afin d'éviter un biais pouvant être attribuable au sexe des sujets, nous avons décidé d'éliminer tous les garçons anorexiques. Fait à remarquer, tous ces garçons présentaient une anorexie restrictive. L'échantillon total est composé de 29 adolescentes présentant une anorexie restrictive et de 9 adolescents présentant une anorexie boulimique.

## **2.2. Procédure d'échantillonnage**

Lors de la référence d'un enfant ou d'une adolescente pour un trouble alimentaire au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), les parents et l'enfant sont invités à compléter une série de questionnaires en ligne afin de documenter les principales caractéristiques personnelles, sociales et familiales associées au trouble alimentaire. L'échantillon est donc de type consécutif. Préalablement à cette passation des questionnaires, le médecin traitant demande aux parents et au jeune s'ils acceptent que les données colligées à des fins cliniques soient aussi utilisées à des fins de recherche. S'ils sont d'accord, les parents et le jeune signent alors une lettre de consentement à cet effet. Seules les données des familles consentantes seront utilisées dans cette étude. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du CHUS. Au total, plus de 95% des familles donnent leur consentement à ce que les informations colligées servent à des fins de recherche.

### 2.3. Composition de l'échantillon

Le tableau 6 vise à présenter les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques. La lecture de ce tableau permet de constater que les adolescentes anorexiques restrictives ( $M= 14,86$  ans) sont un peu plus jeunes que les adolescentes anorexiques boulimiques ( $M=16,22$  ans). Cette différence bien que marginalement significative ( $t= 1,994$ ,  $p= 0,054$ ) sera prise en compte lors des analyses. De même, il ressort qu'il y a davantage de familles intactes dans l'échantillon des adolescentes anorexiques restrictives (75,9%) que dans l'échantillon des adolescentes anorexiques boulimiques (33,3%). Cette différence n'est cependant que marginalement significative (Khi carré= 5,611,  $p= 0,06$ ). Enfin, une famille sur trois dans les deux échantillons bénéficie d'un revenu supérieur à \$80,000 par année.

**Tableau 6 :**  
**Caractéristiques des échantillons d'adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques**

Variabiles	Anorexiques restrictives (n=29)	Anorexiques boulimiques (n=9)
Proportion	76,3%	23,7%
Sexe féminin	100%	100%
Âge (années)*	14,86	16,22
Types de famille (%)**		
Intacte	75,9 %	33,3%
Recomposée	10,3%	33,3%
Monoparentale	13,8%	33,3%
Revenu familial annuel***		
79,999\$ et moins	63,6%	66,6%
80,000\$ et plus	36,4%	33,3%

\* $t=-1,994$   $p= 0,054$

\*\*Khi carré= 5,611  $p= 0,06$

\*\*\* Khi carré= 0,283  $p= 0,963$

#### **2.4. Représentativité de l'échantillon**

L'étude portera uniquement sur les familles dont les adolescentes sont traitées par un pédiatre au CHUS et pour lesquelles nous avons obtenu un consentement de participation à la recherche. Notre échantillon sera donc composé de familles dont les adolescentes présentent une anorexie suffisamment sévère pour être référées à un centre spécialisé. Il s'agit donc d'un échantillon non représentatif de tous les cas d'adolescentes anorexiques que l'on peut retrouver dans la population, mais plutôt d'un échantillon composé de cas plus sévères. Il s'agit d'une limite à notre étude dont il faudra tenir compte lors de la discussion de nos résultats.

#### **2.5. Méthode utilisée pour établir le diagnostic d'anorexie mentale chez les jeunes**

Les critères diagnostiques retenus pour établir le diagnostic d'anorexie mentale restrictive ou boulimique chez les adolescentes correspondent à ceux établis par l'American Psychiatric Association dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2004). Ces derniers sont présentés dans le premier chapitre. Rappelons que le diagnostic d'anorexie mentale est posé par un pédiatre. Ont été retenues pour la présente étude que les adolescentes présentant l'ensemble des 4 critères diagnostiques de l'anorexie mentale.

### **3. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES**

Suite à une première rencontre avec un pédiatre qui pose le diagnostic d'anorexie mentale, les familles sont invitées pour un second rendez-vous médical la semaine suivante où ils complètent le Protocole Évaluatif des Dysfonctions Alimentaires (Pauzé, 2009) dans un local de l'hôpital réservé à cette fin. Trois répondants sont sollicités pour compléter les questionnaires. Ces répondants sont l'adolescente elle-même, le parent ou le tuteur de l'enfant (répondant principal), puis l'autre parent, soit le conjoint du parent principal dans la mesure où ce dernier habite de façon continue sous le même toit que le jeune depuis les 6 derniers mois.

Le répondant principal qui est sollicité pour répondre aux questions du protocole est l'adulte qui est le plus souvent en contact avec l'enfant. Lorsque ce dernier n'a pas de conjoint, l'autre parent pourra être le second parent naturel ou adoptif, si l'enfant a passé au moins deux jours par deux semaines avec cette personne au cours des six derniers mois. Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite, nous considérons qu'il n'y a pas d'autre parent, auquel cas l'enfant et le répondant n'ont pas à remplir les questionnaires concernant l'autre parent. Le protocole d'évaluation prévoit une rencontre d'une durée de 90 minutes pour le répondant principal, de 45 minutes pour l'autre parent et de 90 minutes pour le jeune.

#### 4. DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE MESURE

À l'intérieur de cette sous-section, nous présentons les divers instruments de mesure utilisés dans la présente étude. Ces questionnaires font partie du protocole évaluatif des dysfonctions alimentaires de Pauzé (2009). Les variables qui seront documentées dans la présente étude sont la cohésion et la flexibilité familiale, la qualité de la communication et le niveau de satisfaction concernant le fonctionnement familial évalués à l'aide du FACES IV de Olson, Gorall et Tiesel (2007), l'expression des émotions positives et négatives des répondants dans leur famille évaluée à l'aide du Self-Expressiveness in the Family Questionnaire de Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox (1993) et la qualité de la relation de la mère et du père à l'égard du jeune évaluée à l'aide de l'Index of Parental Attitude de Hudson (1982). Le choix des variables que nous inclurons dans les analyses sont celles jugées pertinentes à la lumière des résultats de notre recension des écrits. Ces instruments de mesure et leurs propriétés métrologiques sont présentés sommairement dans le tableau suivant ainsi que l'identité des répondants sollicités. Une description plus détaillée de ces questionnaires suivra.

**Tableau 7**  
**Instruments de mesure utilisés**

Catégories de variables	Variables évaluées	Répondants	Auteurs et propriétés psychométriques
Fonctionnement familial	Niveau de cohésion et de flexibilité familiale, communication entre les membres et satisfaction concernant le fonctionnement familial	Répondant principal  Autre répondant  Jeune	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale</i> (Olson, Gorall et Tiesel, 2007).  <u>Version française</u> (Pauzé, 2008): Procédure de rétro traduction  Cohérence interne des six échelles du fonctionnement familial variant entre 0.77 et 0.89. Bonne validité de construit selon les concepteurs.
L'expression des émotions dans la famille	Expression des émotions positives Expression des émotions négatives	Répondant principal  Autre répondant  Jeune	<i>Self-Expressiveness in the Family Questionnaire</i> (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox, 1993).  <u>Version française</u> (Pauzé, 2008): Procédure de rétro traduction  Fidélité satisfaisante au niveau de la cohérence interne de même qu'au niveau de la stabilité temporelle de l'instrument sur 8 mois et 1 an (Halberstadt <i>et al.</i> , 1993)
Qualité de la relation parents-jeune	Attitude de la mère à l'égard de la jeune Attitude du père à l'égard de la jeune	Répondant principal  Autre répondant	<i>L'Index of Parental Attitude de Hudson</i> (1982) traduit par Comeau et Boisvert (1985).  Cohérence interne de 0.93 (alpha de Cronbach) pour l'ensemble des répondants principaux.

#### 4.1. Fonctionnement de la famille

Le fonctionnement familial est évalué auprès des trois principaux répondants à l'aide de deux instruments de mesure.

##### 4.1.1. *La cohésion, la flexibilité, la communication et la satisfaction familiale*

D'abord, la dernière version traduite intégrale (Pauzé, 2008) du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (Olson, Gorall et Tiesel, 2007) est utilisée afin de mesurer la cohésion et la flexibilité familiale. L'échelle contient 42 énoncés de type Likert en cinq points avec choix de réponse allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord » et comporte six sous-échelles, dont deux échelles balancées (cohésion balancée et flexibilité balancée) et quatre non balancées (désengagement, enchevêtrement, rigidité et chaos). Ces dernières permettent d'évaluer les extrêmes dans la cohésion (enchevêtrement et désengagement) et dans la flexibilité (rigidité et chaos). De plus, en utilisant les scores balancés et non balancés, il est possible de créer un ratio de cohésion et de flexibilité (proportion de fonctionnement balancé vs proportion de fonctionnement problématique). Cet instrument permet également d'évaluer la qualité de la communication entre les membres de la famille et la satisfaction concernant le fonctionnement de la famille. Il s'agit de deux échelles supplémentaires de 10 énoncés chacune comprenant un choix de réponse de type Likert en cinq points comprenant aussi des choix allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord » pour l'échelle de communication, puis de « très insatisfait » à « extrêmement satisfait » pour la satisfaction familiale.

Les propriétés psychométriques de la version traduite de l'instrument n'ont pas été évaluées par Pauzé (2008). Toutefois, ce dernier a utilisé une méthode de rétro traduction afin de s'assurer de la validité de la traduction. Les propriétés psychométriques de la version anglaise ont été évaluées par Olson *et al.* (2007). Il ressort une fidélité acceptable avec une cohérence interne des six échelles du

fonctionnement familial variant entre 0.77 et 0.89. Ensuite, il ressort une bonne validité de construit avec des corrélations relativement élevées au niveau de la corrélation entre les échelles de cet instrument et d'autres échelles de validation (Self-Report Family Inventory, Family Assessment Device), sauf pour les échelles d'enchevêtrement et de rigidité. Enfin, ils notent que la validité de contenu a été obtenue par les cotations de thérapeutes familiaux. Enfin, malgré le fait que la capacité de l'instrument de discriminer les familles problématiques de celles sans problème s'avère moins bonne (l'instrument a permis d'identifier correctement entre 55% et 94% des sujets), l'instrument reste l'outil le plus utilisé en thérapie familiale pour évaluer ces construits. Les données utilisées dans la présente étude sont le faible ratio de cohésion (qui correspond à la division du score obtenu à la sous-échelle de cohésion balancée par la somme des scores obtenus aux sous-échelles d'enchevêtrement et de désengagement divisé par 2) et le faible ratio de flexibilité de la famille (qui correspond à la division du score obtenu à la sous-échelle de flexibilité balancée par la somme des scores obtenus aux sous-échelles de rigidité et de fonctionnement chaotique divisé par 2), la mauvaise qualité de la communication (score brut) et le faible niveau de satisfaction (score brut) concernant le fonctionnement familial selon les trois répondants. L'utilisation du ratio de cohésion et de flexibilité permet d'avoir accès à un score global de fonctionnement familial tout en réduisant le nombre de comparaisons, ce qui diminue le risque d'erreur de Bonferroni.

#### 4.1.2 *L'expression des émotions dans la famille*

L'expression de soi dans la famille est évaluée à l'aide de la traduction française (Pauzé, 2008) du *Self-Expressiveness in the Family Questionnaire* (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox, 1993). Cet instrument permet d'examiner la fréquence de l'expression émotionnelle positive et négative à l'intérieur de la famille. Il comporte 40 énoncés formulés comme des scénarios hypothétiques qui représentent un éventail d'émotions dans une variété de contextes typiques à plusieurs familles. L'outil est complété par les 3 répondants principaux. Ces derniers choisissent parmi une échelle Likert en 9 points allant de « Jamais ou

rarement » à « Souvent ou très souvent ». L'outil comporte 2 sous-échelles, l'une positive (émotion à teneur affective agréable), puis l'autre négative (émotion à teneur affective désagréable) qui comprennent respectivement 23 et 17 items.

En ce qui concerne les qualités psychométriques de l'instrument, la version traduite n'a pas été évaluée par Pauzé (2008). Toutefois, ce dernier a utilisé une méthode de rétro traduction afin de s'assurer de la validité de la traduction. L'évaluation de la version anglaise de l'outil atteste une fidélité satisfaisante au niveau de la cohérence interne de même qu'au niveau de la stabilité temporelle de l'instrument sur 8 mois et 1 an. Cette version démontre également une validité de construit en confirmant la solution à 2 facteurs (positifs et négatifs) retenue par les auteurs. Les études ont également observé une forte corrélation avec l'*Anger Expression Scale*, ce qui a contribué à renforcer la validité convergente, puis l'absence de relation avec la désirabilité sociale et la suppression de la colère, ce qui a contribué à renforcer la validité discriminante. (Halberstadt *et al.*, 1993). Les variables retenues dans la présente étude sont le score moyen obtenu par item à l'expression des émotions positives et le score moyen par item obtenu à l'expression des émotions négatives par chacun des trois répondants dans la famille.

#### **4.2 La qualité de la relation des parents à l'égard du jeune**

L'attitude du répondant à l'égard du jeune est évaluée à l'aide de l'Échelle d'attitude parentale (EAP), version française réalisée par Comeau et Boisvert (1985) de l'*Index of Parental Attitude*. Ce questionnaire fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaborés par Hudson (1982). L'EAP est une échelle auto-administrée de type Likert en 5 points allant de «Rarement ou jamais» à «La plupart du temps ou toujours». Ce questionnaire sert à évaluer la qualité de la relation parent-enfant. Certains items sont des énoncés négatifs et d'autres sont des énoncés positifs, de façon à minimiser le risque de biais systématique de la part du répondant. Courte, facile à faire remplir, à coter et à interpréter, l'EAP peut être utilisée lors de l'observation, de la consultation et de l'évaluation d'un traitement.



L'instrument anglais a été partiellement validé par Hudson *et al.* (1980, dans Hudson, 1982): sa cohérence interne globale est évaluée à 0.90 tandis que son homogénéité varie entre 0.41 et 0.86. La validité discriminante de la version anglaise de l'EAP établie par comparaison des différents instruments élaborés par Hudson est de 0.88; sa validité de convergence, établie de la même façon, varie entre 0.43 et 0.76. Quant à sa validité factorielle, elle est jugée excellente puisque la saturation des différents items varie entre 0.41 et 0.86 et se situe autour de 0.70 pour bon nombre d'entre eux (Hudson, 1982). Les variables retenues dans la présente étude sont les scores obtenus par le parent principal et l'autre parent dans leur évaluation de leur relation avec leur adolescente.

## 5. ASPECTS DÉONTOLOGIQUES DE L'ÉTUDE

Les aspects déontologiques de l'étude ont été étudiés et approuvés, pour l'étude principale de Pauzé (2006), par le comité de déontologie de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Nous prenons tout de même le soin de décrire les mesures prises afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des familles participantes à l'étude.

D'abord, un formulaire de consentement a été remis, lu et expliqué à chaque répondant lors du second rendez-vous médical à l'hôpital qui visait à compléter les divers questionnaires. Ce formulaire présentait l'objectif général du projet de recherche entrepris et des mesures prises par l'équipe de recherche afin d'assurer la confidentialité des informations recueillies, le type de renseignements collectés, le temps requis pour les entrevues, puis les coordonnées du directeur scientifique du projet, soit Monsieur Robert Pauzé. Suite à ces informations, chaque participant a signé un formulaire de consentement en présence d'un témoin. Dans le cadre de cette étude, nous nous engageons à nous soumettre aux mêmes exigences entourant le respect de l'anonymat des participants à l'étude d'envergure de Pauzé (2006). Il est à noter qu'une copie du formulaire de consentement est disponible en Annexe F.

## 6. MÉTHODE D'ANALYSE

Cette section vise à décrire brièvement les analyses qui sont envisagées pour répondre à l'objectif de la présente recherche. Il est à noter que toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel informatique SPSS.

L'objectif de l'étude visait à identifier parmi un ensemble de caractéristiques familiales (telles que le ratio de cohésion et de flexibilité, la qualité de la communication, l'expression des émotions négatives et positives, la satisfaction concernant le fonctionnement familial et la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes) celles qui sont les plus fortement associées à l'anorexie boulimique.

Pour ce faire, nous avons procédé à l'analyse de régression logistique binaire. Cette analyse a été réalisée pour chacune des variables de l'étude et pour chacun des répondants soit le parent principal, l'autre parent et le jeune. Tel qu'indiqué précédemment dans le chapitre, nous avons inclus l'âge des sujets comme covariable dans chacune des analyses étant donné que la différence d'âge entre les deux groupes d'anorexie était marginalement significative.

## **QUATRIÈME CHAPITRE**

### **LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Ce quatrième chapitre comprend deux sections. La première section est consacrée à la présentation des principaux résultats d'analyse. La seconde est consacrée à la discussion des résultats.

#### **1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Dans cette section nous présentons dans l'ordre les résultats de nos analyses concernant les caractéristiques du fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques. Suivra la présentation de nos résultats concernant la qualité de la relation des parents à l'égard de leur adolescente.

D'abord, le tableau 8 vise à présenter les scores moyens obtenus par les différents répondants concernant les échelles permettant de mesurer les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques.

**Tableau 8 :**  
**Scores moyen obtenus par les différents répondants concernant les échelles**  
**permettant de mesurer les caractéristiques des familles des adolescentes**  
**anorexiques restrictives et boulimiques**

Répondants	Anorexiques restrictives (n=29)	Anorexiques boulimiques (n=9)
<b>Ratio de cohésion familiale</b>		
Parent principal	2,42 (E.T= 0,81)	2,25 (E.T= 0,70)
Autre parent	2,09 (E.T= 0,63)	2,18 (E.T= 0,78)
Jeune	2,10 (E.T= 0,77)	1,91 (E.T= 0,80)
<b>Ratio de flexibilité familiale</b>		
Parent principal	1,62 (E.T= 0,34)	1,75 (E.T= 0,40)
Autre parent	1,58 (E.T= 0,42)	1,54 (E.T= 0,53)
Jeune	1,68 (E.T= 0,54)	1,63 (E.T= 0,42)
<b>Qualité de la communication</b>		
Parent principal	39,00 (E.T= 6,41)	37,40 (E.T= 2,92)
Autre parent	37,92 (E.T= 6,73)	40,29 (E.T= 2,69)
Jeune	38,64 (E.T= 7,06)	36,22 (E.T= 7,15)
<b>Expression des émotions positives</b>		
Parent principal	7,14 (E.T= 0,93)	6,82 (E.T= 1,04)
Autre parent	6,76 (E.T= 0,78)	6,39 (E.T= 0,76)
Jeune	6,66 (E.T= 1,07)	5,98 (E.T= 1,16)
<b>Expression des émotions négatives</b>		
Parent principal	3,95 (E.T= 0,87)	4,07 (E.T= 0,60)
Autre parent	3,75 (E.T= 1,03)	3,63 (E.T= 0,96)
Jeune*	4,20 (E.T= 1,03)	5,47 (E.T= 1,39)
<b>Niveau de satisfaction concernant le fonctionnement familial</b>		
Parent principal	33,34 (E.T= 6,99)	32,22 (E.T= 3,07)
Autre parent	34,68 (E.T= 7,17)	34,00 (E.T= 5,06)
Jeune	34,46 (E.T= 5,59)	31,22 (E.T= 5,91)

\*t= -2,810 p= 0,008

Le prochain tableau vise à présenter les résultats des analyses de régression logistique binaire que nous avons réalisées pour chacune des variables familiales retenues.

**Tableau 9**  
**Résultats des analyses de régression logistique binaire pour chacune des variables familiales retenues et pour chacun des répondants**

Variables Familiales	Répondants	<i>B</i>	SE	Wald	Sign	<i>ExpB</i>
Ratio cohésion	Parent principal	-.156	.51	.09	.761	.856
		.252	.67	.13	.709	1.286
	Autre parent Jeune	-.247	.54	.20	.650	.781
Ratio flexibilité	Parent principal	.745	1.05	.49	.481	2.107
		-.586	1.09	.28	.591	.557
	Autre parent Jeune	-.135	.78	.02	.864	.874
Communication	Parent principal	-.010	.07	.05	.821	.983
		.126	.13	.81	.366	1.134
	Autre parent Jeune	-.046	.06	.55	.455	.955
Exp. émotions positives	Parent principal	-.388	.43	.800	.371	.678
		-.436	.66	.430	.512	.647
	Autre parent Jeune	-.497	.41	1.44	.230	.608
Exp. émotions négatives	Parent principal	.327	.53	.37	.543	1.387
		-.074	.46	.02	.872	.929
	Autre parent Jeune	1.172	.55	4.48	.034	3.22
Satisfaction	Parent principal	-.012	.07	.03	.862	.988
		-.033	.07	.18	.667	.968
	Autre parent Jeune	-.098	.07	1,63	.201	.907

La lecture du tableau 9 permet de constater qu'il n'y a pas de différence entre les familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques concernant le ratio de cohésion familiale (le niveau d'engagement et d'intérêt entre les membres de la famille), le ratio de flexibilité familiale (le niveau de leadership et d'organisation, les rôles et les règles familiales), la qualité de la communication, le niveau d'expression des émotions positives et la satisfaction concernant le fonctionnement familial. La seule différence observée concerne le niveau d'expression des émotions négatives par les adolescentes elles-mêmes dans leur famille. De façon plus spécifique, il ressort que les adolescentes anorexiques boulimiques obtiennent un score significativement plus élevé ( $M = 5,47$ ) que celui des adolescentes anorexiques boulimiques sur le plan de l'expression des émotions négatives dans leur famille ( $M = 4,20$ ) ( $B = 1,172$ ,  $p = 0,034$ ,  $Exp B = 3,22$ )

Fait à noter, les scores obtenus par ces deux échantillons cliniques aux dimensions ratio de cohésion et de flexibilité, qualité de la communication dans la famille et niveau d'expression des émotions positives et d'expression des émotions négatives dans la famille se situent tous dans les moyennes obtenues auprès d'échantillons provenant de la population générale et utilisés par les concepteurs des outils. C'est donc dire que les scores moyens obtenus par les différents répondants à ces différentes sous-échelles correspondent sensiblement aux scores moyens obtenus par des échantillons non cliniques. La seule sous-échelle qui permet de situer ces échantillons cliniques à l'intérieur d'un seuil clinique est celle de la satisfaction concernant le fonctionnement familial. Les scores obtenus par les différents répondants à cette sous-échelle correspondent globalement aux scores centiles se situant entre 23 et 35 selon le concepteur de l'outil (Olson et al., 2006) ce qui indique un niveau de satisfaction faible des répondants concernant le fonctionnement familial.

Enfin, le tableau 10 vise à présenter les scores moyens obtenus par le parent principal et l'autre parent concernant la qualité de leur relation avec leur adolescente.

**Tableau 10**  
**Qualité de la relation entre les parents et les adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques**

Répondants	Anorexiques restrictives (n=29)	Anorexiques boulimiques (n=9)
Parent principal	13,07 (E.T= 12,78)	12,78 (E.T= 5,65)
Autre parent	13,42 (E.T= 9,91)	8,67 (E.T= 4,63)

Des analyses de régression logistique binaire ont également été réalisées pour cette variable. Ces analyses sont présentées dans le tableau suivant.

**Tableau 11**  
**Résultats des analyses de régression logistique binaire pour la variable qualité de la relation parents-jeune et pour chacun des répondants**

Variables	Répondants	B	SE	Wald	Sign	ExpB
Qualité de la relation parents-jeune	Parent principal	-.21	.03	.32	.568	.980
	Autre parent	-.79	.07	1.28	.257	.924

La lecture de ce tableau permet de constater qu'il n'y a pas de différences entre les deux échantillons concernant l'appréciation de la relation des parents à l'égard des adolescentes. Ici aussi les scores moyens obtenus par l'ensemble des répondants indiquent que la qualité de la relation des parents à l'égard de leur adolescente se situe dans un niveau de bonne relation selon le concepteur de l'outil (Hudson, 1982).

## 2. DISCUSSION

L'absence de différences concernant les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques va dans le sens de l'étude de Fornari et al. (1999) qui observe également l'absence de relation significative entre le type de trouble alimentaire et la perception du fonctionnement familial lorsqu'ils procèdent à des analyses de variance simple, considérant uniquement le diagnostique du trouble alimentaire comme variable indépendante.

La seule différence observée entre nos deux sous-groupes cliniques concerne le fait que les adolescentes anorexiques boulimiques exprimeraient davantage leurs émotions négatives dans leur famille que les adolescentes anorexiques restrictives. Ce résultat va partiellement dans le sens des études de Garner et al. (1985, dans Casper et Troiani, 2001), de Garfinkel et al. (1983, dans Casper et Troiani, 2001) et de Humphrey (1987, dans Casper et Troiani, 2001) qui indiquent que les familles des anorexiques boulimiques tendent à être plus hostiles que les familles des anorexiques restrictives et dans le sens des études de Casper et Troiani (2001), de Garner et al. (1985, dans Casper et Troiani, 2001), de Garfinkel et al. (1983, dans Casper et Troiani, 2001), de Humphrey, (1987, dans Casper et Troiani, 2001), de Johnson et Flach, (1985, dans Vidovic et al., 2005), de Strober, (1981, dans Fornari et al., 1999), de Strober et al. (1982, dans Casper et Troiani, 2001) et de Vidovic et al. (2005) qui signalent davantage de relations conflictuelles dans les familles d'adolescentes boulimiques. Or, dans notre étude cette différence s'observe uniquement chez les adolescentes et non chez les parents répondants.

Par ailleurs, nos données de recherche vont à l'encontre des études de Strober et al. (1982, dans Casper et Troiani, 2001) qui observent que le niveau de cohésion familiale est plus faible dans les familles d'adolescentes boulimiques, de Garfinkel et al. (1983, dans Vidovic et al., 2005), de Garfinkel et al. (1983, dans Casper et Troiani, 2001), de Garner et al. (1985, dans Casper et Troiani, 2001), de Goldstein (1981, dans Fornari et al., 1999) et de Humphrey (1987, dans Casper et Troiani, 2001) qui notent que les familles des anorexiques boulimiques tendent à



être plus désorganisées que les familles des anorexiques restrictives. De même, nos résultats vont à l'encontre de l'étude de Casper et Troiani (2001) qui indique que les familles des adolescentes anorexiques boulimiques présenteraient plus de perturbations au niveau de la communication, de l'expression affective et de l'accomplissement des tâches et de l'étude de Vidovic et al., (2005) qui signale que les familles des anorexiques boulimiques présentent des niveaux de cohésion et de flexibilité familiale significativement plus faibles que ceux d'anorexiques restrictives.

Ces différences peuvent éventuellement s'expliquer, du moins en partie, par une méthodologie de recherche différente, notamment par le choix des instruments de mesure utilisés dans ces différentes recherches, ces instruments évaluant des dimensions un peu différentes de celles que nous avons évaluées dans notre étude.

Il est également possible que l'âge des répondants ait un impact sur leur réponse aux questionnaires. Par exemple, l'étude de Vidovic et al. (2005) comporte des patients d'âge adulte et la moyenne d'âge est de 20.21 ans alors que dans notre recherche, l'âge moyen est de 14.86 ans pour les anorexiques restrictives et de 16.22 ans pour les anorexiques boulimiques. Or, l'âge des sujets peut éventuellement jouer un rôle important sur la perception du fonctionnement familial.

Enfin, il est aussi possible que le faible nombre de sujets utilisés dans notre étude contribue à limiter la puissance statistique nécessaire pour faire ressortir les différences possibles entre ces deux sous-groupes.

Dans un autre ordre d'idées il ressort que, les scores moyens obtenus par les deux échantillons cliniques par les différents répondants aux différentes sous-échelles correspondent sensiblement aux scores moyens obtenus par des échantillons non cliniques. D'une part, ce résultat soulève la question du manque de sensibilité de ces instruments de mesure à détecter des différences chez ce type

de familles et, d'autre part, le fait qu'il est possible que ces deux sous-types d'anorexie ne se distinguent tout simplement pas sur le plan familial.

Concernant la sensibilité de ces instruments, les données psychométriques fournies par les concepteurs des instruments indiquent que les instruments choisis présentent de bonnes propriétés psychométriques. D'ailleurs, la capacité du FACES-IV (ratio de cohésion et de flexibilité, communication et satisfaction concernant le fonctionnement de la famille) à faire ressortir les difficultés vécues par les familles est observée dans un autre projet de recherche en cours auprès de familles d'adolescents en situation de crise (Pauzé et Touchette, 2010).

Par ailleurs, il est possible que les familles de nos échantillons ne présentent pas de caractéristiques différentes des familles provenant de la population générale ce qui irait dans le sens de l'étude de Emanuelli *et al.*, (2004) qui notent entre autres une absence de différence significative au niveau de l'engagement affectif dans les familles d'adolescentes anorexiques comparativement aux familles d'adolescentes provenant de la population générale. En fait, l'absence d'un groupe de comparaison d'adolescentes provenant de la population générale ne nous permet pas de retenir cette conclusion.

## CINQUIÈME CHAPITRE

### CONCLUSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Ce dernier chapitre comprend deux sections. La première vise à conclure notre étude et la seconde, à discuter des lacunes méthodologiques de notre étude.

#### 1. CONCLUSION

Notre étude visait à identifier parmi un ensemble de caractéristiques familiales (telles que le ratio de cohésion et de flexibilité, la qualité de la communication, l'expression des émotions négatives et positives, la satisfaction concernant le fonctionnement familial et la qualité de la relation des parents à l'égard des jeunes) celles qui sont les plus fortement associées à l'anorexie boulimique. Notre échantillon était composé de 38 familles d'adolescentes anorexiques, dont 29 adolescentes présentant le sous-type restrictif d'anorexie et 9 présentant le sous-type boulimique d'anorexie.

Selon les résultats obtenus, le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques boulimiques ne semble pas différer significativement de celui des familles des adolescentes anorexiques restrictives sur plusieurs variables (ratio de cohésion familiale, ratio de flexibilité familiale, qualité de la communication, satisfaction concernant le fonctionnement familial et niveau d'expression des émotions positives). Ces familles ne semblent pas non plus différer significativement selon le sous-type d'anorexie au niveau de l'appréciation de la relation des parents à l'égard des adolescentes. Cependant, il semble que ces familles diffèrent au niveau de l'expression des émotions négatives puisque les adolescentes anorexiques boulimiques évaluent un score significativement plus élevé que les adolescentes anorexiques restrictives à ce niveau.

D'autre part, les résultats obtenus indiquent que le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques, sans distinction au niveau du sous-type, ne semble pas non plus différer significativement de celui des familles de la population

générale sur plusieurs variables (ratio de cohésion, ratio de flexibilité, qualité de la communication et niveau d'expression des émotions positives et négatives) selon les moyennes obtenues par les concepteurs des outils. La seule dimension qui semble situer les familles des adolescentes anorexiques à l'intérieur d'un seuil clinique est celle de la satisfaction concernant le fonctionnement familial. Plus précisément, il semble que peu importe le sous-type d'anorexie, ces familles se situent à un niveau de satisfaction faible sur cette dimension. Cependant, puisque notre recherche ne comportait pas de groupe de comparaison, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Compte tenu du fait qu'il est reconnu que l'intervention familiale associée à un suivi psychoéducatif des parents et un suivi individuel des adolescentes est parmi les traitements plurimodaux les plus prometteurs pour les adolescentes anorexiques non chronicisées (Cook-Darzens, 2002 ; Krautter *et al.*, 2004, dans Cook-Darzens, 2002; Le Grange *et al.*, 2003, dans Cook-Darzens, 2002; Lock *et al.*, 2001 , dans Cook-Darzens, 2002; Mitchell *et al.*, 2000, dans Cook-Darzens, 2002), l'une des retombées visée par notre recherche était de pouvoir mieux guider les cliniciens dans le suivi de ces familles. Plus précisément, la recherche visait à mieux comprendre la relation entre certaines caractéristiques familiales et le type d'anorexie présenté par des adolescentes anorexiques afin de pouvoir proposer certaines lignes directrices dans l'intervention. Cependant, puisque la majorité des résultats de l'étude n'indiquent aucune différence significative entre les deux sous-groupes d'adolescentes anorexiques, outre le fait que les adolescentes anorexiques boulimiques perçoivent un niveau significativement plus élevé d'expression des émotions négatives que les adolescentes anorexiques restrictives, il semble que la modalité d'intervention familiale ne devrait pas se fonder sur le sous-type d'anorexie présenté par l'adolescente. Cependant, avant de retenir cette conclusion, il est primordial de refaire cette étude auprès d'un échantillon beaucoup plus important.

## 2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente certaines limites méthodologiques dont nous devons tenir compte lors de l'analyse des résultats.

Tout d'abord, notre échantillon comporte un nombre restreint d'anorexiques boulimiques ( $n=9$ ) ce qui peut venir limiter la généralisation possible des résultats. De plus, puisque notre échantillon est composé de familles dont les adolescentes présentent une anorexie suffisamment sévère pour être référées à un centre spécialisé, il est impossible de statuer que nos résultats sont représentatifs de l'ensemble de la population d'adolescentes anorexiques.

Une autre limite vient du fait que nous n'avons pas de groupe de comparaison recruté dans la population générale. En effet, cela aurait été pertinent afin de pouvoir valider les résultats à l'effet que le fonctionnement familial des adolescentes anorexiques, sans distinction au niveau du sous-type, ne semble pas différer significativement de celui des familles de la population générale sur plusieurs variables.

Enfin, étant donné que notre étude est de nature transversale et non de nature longitudinale, nous ne pouvons statuer sur l'évolution dans le temps des variables familiales évaluées.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association. (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé*. (4<sup>e</sup> éd.). (Trad. par J.-D. Guelfi et al.). Paris: Masson.
- Armsden, G.C. et Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Barnes, N. (2006). Anorexia and Bulimia : Information from the Internet. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 10(2), 47-56.
- Bergh, C. Brodin, U. Lindberg, G. et Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, 9486-91.
- Bickham, N.L. et Fiese, B.H. (1997). Extension of the Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale for Use With Late Adolescents. *Journal of Family Psychology*, 11(2), 246-250.
- Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bulik, C.M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C.M. Reba, L. Siega-Riz, A.-M. et Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology and Cycle of Risk. Psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Casper, R.C. et Troiani, M. (2001). Family Functioning in Anorexia Nervosa Differs by Subtype. *The international Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342.
- Chabrol, H. (2004). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. (4<sup>e</sup> éd.). Collection : Que sais-je ? France: Presses Universitaires de France.
- Cochran, M., Bo, I. (1989). The social networks, family involvement, and pro- and antisocial behavior of adolescent males in Norway. *Journal of Youth and Adolescence*, 18 (4), 377-398.
- Comeau, S., Boivert, J.-M. (1985). *Un ensemble de mesures cliniques*. Document inédit.
- Cook-Darzens, S., (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : approche systémique intégrée*. Paris : Dunod.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. et Mouren, MC. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents : implications for therapy. *European eating disorders review*, 13, 223-236.
- Dallos, R. et Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S. et Mouren, M.-C. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 565-572.
- Eisler, I. Dare, C. Hodes, M. Russell, G. Dodge, E. et Le Grange, D. (2000). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- Emanuelli, F. Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. et Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating weight disorders*, 9, 1-6.
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. Seminar. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fornari, V. Wlodarczyk-Bisaga, K. Matthews, M. Sandberg, D. Mandel, F.S. et Katz, J.L. (1999). Perception of Family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 40(6), 434-441.
- Fortin, M-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Canada (Québec). Édition : Michel Poulin.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Professional manual. USA, Floride: Psychological Assessment Ressources. Inc.
- Garner, D.M. Garfinkel, P.E. et Bemis, K.J. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46.
- Godart, N. Perdereau, F. et Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. Article original. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17, 327-330.
- Godart, N. Perdereau, F. Flament, M. et Jeammet, P. (2002). La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. *Annales de médecine interne*, 153(6), p.369-72.

- Gowers, S. et North, C., (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 63-66.
- Grych, J.H., Seid, M. et Fincham, F.D. (1992). Assessing Marital Conflict from the Child's Perspective : The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development*, 63, 558-572.
- Halberstadt, A.G., Cassidy, J., Stifter, C.A., Parke, R.D. et Fox, N.A. (1993). Self-expressiveness within the family context: psychometric support for a new measure. *Psychological assessment*, 7(1), 93-103.
- Hartmann, P.B. (2002). *Family functioning and anorexia nervosa : The issue of control*. Thèse de doctorat inédite, Griffith University. Document téléaccessible à l'adresse < <http://www4.gu.edu.au:8080/adroot/uploads/approved/adtQGU20030528.124015/public/01 Front.pdf> >
- Hsu, L.K.G. (2001). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 11(3), 7-12.
- Hudson, W. W. (1982). Index of family relations [IFR] IN: Corcoran K & Fischer J (2000). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr, 1, 379-381.
- Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. et Friedrich, M.H. (2002). Perception of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.
- Kog, E., Vertommen, H., Vandereycken, W. (1987). Minuchin's psychosomatic family model revised: A concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process*, 26, 235-253.
- Lattimore, P.J., Wagner, H.L. et Gowers, S. (2000). Conflict Avoidance in Anorexia Nervosa: An Observational Study of Mothers and Daughters. *European Eating Disorders Review*, 8(5), 35-368.
- Martin, F.E. (1990). The Relevance of a Systemic Model for the Study and Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 496-500.
- Maynard, E. et Olson, D. H. (1987). Circumplex Model of Family Systems: A Treatment Tool in Family Counseling. *Journal of Counseling and Development*, 65, 502-504.
- McDermott, B.M., Batik, M., Roberts, L. et Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 509-514.



- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Misra, M., Aggarwal, A., Miller, K. K., Almazan, C., Worley, M., Soyka, L. A. *et al.* (2004). Effects of Anorexia Nervosa on Clinical, Hematologic, Biochemical, and Bone Density Parameters in Community-Dwelling Adolescent Girls. *Pediatrics*, 114(6), 1574-1583.
- O'Hetrick, M. (2006). *Acute treatment outcomes and family functioning of children and adolescents diagnosed with anorexia nervosa*. Thèse de doctorat inédite, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas. Document téléaccessible à l'adresse <  
<http://edissertations.library.swmed.edu/pdf/HetrickM081106/HetrickMaryann.pdf>>
- Olson, D.H., Gorall, D.M. et Tiesel, J.W. (2007). *FACES IV & the Circumplex Model: Validation Study*. Document téléaccessible à l'adresse <  
<http://www.facesiv.com/home.html>>.
- Onnis, L. (1996). *Les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique*. Paris, ESF.
- Pauzé, R. (2009). Description des instruments de mesure qui composent le protocole évaluatif des dysfonctions alimentaires (PEDA). Manuscrit non publié. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke.
- Pauzé, R., Couture, J., Lavoie, É., Pesant, C., Beauregard, C., Mailloux, S. *et al.* (2008). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 40(1), 131-151.
- Pauzé, R. et Charbouillot, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Érès, Ramonville.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., *et al.*, (2004). *Portraits des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Rapport de recherche, 793 pages.
- Perdereau, F. et Faucher, S., Jeammet, P. et Godart, N.T. (20027). Antécédents familiaux de troubles anxieux et de troubles de l'humeur dans l'anorexie mentale. *Encéphale*, 33(2), 144-155.
- Phelps, L. (1991). Eating disorders of the adolescent : Current issues in etiology, assessment, and treatment. *School Psychology Review*, 20(1), 9-22.
- Polivy, J. et Herman, C.P. (2002). Cause of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.

- Prégent, J. (1988). *La peau et les os*. Office National du Film du Canada. Montréal.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Québec PQ: Rapport de recherche soumis à Santé Québec.
- Ruuska, J., Koivisto, AM., Rantanen, P. et Kaltiala-Heino, R. (2007). Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorders. *Nord journal of psychiatry*, 61, 452-458.
- Santé Québec (1992). *Enquête sociale et de Santé*. Livre de Codes. Document téléaccessible à l'adresse <[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/codes\\_ESS92\\_93.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/codes_ESS92_93.pdf)>
- Selvini, M. (1995). Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité. *Thérapie Familiale*, 16 (2), 131-144.
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1982). Hypothéti-sation – circularité – neutralité : Guides pour celui qui conduit la séance, *Thérapie familiale*, Genève. 3 (3), 117-132.
- Seywert, F. (1990). *L'évaluation systémique de la famille*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Shugar, G. et Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
- Société Canadienne de Pédiatrie. (1998 ; réapprouvé (2008). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatrics & Child Health*, 3(3), 193-6.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J. et Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients : comparaison of restricters and bingers to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (5), 501-512.
- Steiner, H. Kwan, W. Shaffer, T.G. Walker, S. Miller, S. Sagar, A. *et al.* (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(11), 38-46.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*. 159(8):1284-1293.
- Strober, M. Freeman, R. et Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. 22(4), 339-360.

- Thibault, I. (2009). *Étude comparative des caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales visant à établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European eating disorders review*, 19, 19-28.
- Vignoli, E. et Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Amsden and Greenberg's three-dimension model. *Revue Européenne de psychologie appliqué*, 54, 251-260.
- Watkins, B. et Lask, B. (2002). Eating disorders in school-aged children. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 185-199.
- Wijbrand Hoek, H. et Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 34, 383-96.

**ANNEXE A****TABLEAU 1: METHODOLOGIE DE RECENSION**

**Tableau 1:  
Méthodologie de recension**

Bases de données:	Mots-clés et descripteurs (DE) utilisés / résultats obtenus	1 <sup>re</sup> sélection	2 <sup>e</sup> sélection
Academic Search complete, Medline, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO	“Anorexia nervosa” and “Characteristics” and “family” <b>Résultats : 302</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français <b>Articles présélectionnés : 25</b>	-Articles primaires - 1998 ou plus -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 0</b>
Academic Search complete, Medline, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO	“Anorexia nervosa” and “Classification” and “family” <b>Résultats : 37</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français <b>Articles présélectionnés : 6</b>	-Articles primaires - 1998 ou plus -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 2</b>
Academic Search complete, Medline, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO	“Anorexia nervosa” and “Adolescent” and “family functioning” <b>Résultats : 45</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français <b>Articles présélectionnés : 28</b>	-Articles primaires - 1998 ou plus -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 6</b>
ERIC	(DE “Family Attitudes” or DE “Family Characteristics” or DE “Family Influence” or DE “Family Relationship”) and “Eating Disorders” <b>Résultats : 24</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français - 1998 ou plus <b>Articles présélectionnés : 2</b>	-Articles primaires -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 0</b> <b>articles, 1 livre</b>

PsycARTICLES	(DE "Anorexia nervosa" or DE "Eating Disorders") and "DE" Family Relations" and Adolescence <b>Résultats : 7</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français - 1998 ou plus <b>Articles présélectionnés : 0</b>	<b>Article conservé : 0</b>
PsycINFO	DE « Anorexia Nervosa » and « Adolescence » and DE « Family Relations » <b>Résultats : 15</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français - 1998 ou plus <b>Articles présélectionnés : 6</b>	-Articles primaires -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 0</b> <b>articles, 2 livres</b>
PsycARTICLES	(DE "Anorexia Nervosa" or DE "Eating Disorders") and ("Adolescence" or "Adolescent") and "Family" <b>Résultats : 10</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français - 1998 ou plus <b>Articles présélectionnés : 2</b>	-Articles primaires -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 0</b>
PsycARTICLES	(DE "Anorexia Nervosa" or DE "Eating Disorders") and (DE "Family" or DE "Family Background" or DE "Family Conflict" or DE "Family Crises" or DE "Family Members" or DE "Family Relations" or DE "Family Structure") <b>Résultats : 12</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale - Langue anglais ou français - 1998 ou plus <b>Articles présélectionnés : 0</b>	<b>Article conservé : 0</b>
PsycINFO	(DE "Anorexia Nervosa" or DE "Eating Disorders") and (DE "Family" or DE "Family Background" or DE "Family Conflict" or DE "Family Crises" or DE "Family History" or DE "Family Members" or DE "Family Relations" or DE "Family Structure") and ("Adolescent" or "Adolescence") And "English" or "French" (language) + 1998-2008 <b>Résultats : 102</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale <b>Articles présélectionnés : 25</b>	-Articles primaires -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 2</b> <b>article, 2 livres</b>

---

MEDLINE	(MH "Anorexia") or (MH "Anorexia Nervosa") or (MH "Eating Disorders") and (MH "Family") or (MH "Family Characteristics") or (MH "Family Conflict") and ("Adolescent" or "Adolescence") And "English" or "French" (language) + 1998-2008 <b>Résultats : 80</b>	-Doit parler de famille d'adolescentes anorexiques de population occidentale <b>Articles présélectionnés : 14</b>	-Articles primaires -lié directement au sujet -disponibilité de l'article <b>Article conservé : 2</b>
---------	--	--	--

---

**ANNEXE B****TABLEAU 2: CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES  
ÉTUDES RECENSÉES**



**Tableau 2:**

**Caractéristiques méthodologiques des études recensées**

Articles	Échantillons	Type d'anorexie mentale	Caractéristiques du fonctionnement familial étudiées par les auteurs												Variables contrôlées		
			Fonctionnement familial général						Cohésion familiale		Adaptabilité familiale		Autres caractéristiques				
Auteurs, année	Groupes	Âge moyen (année)	Sexe	S	NS												
						Cohésion générale	Communication et expression affective	Engagement affectif et qualité de l'attachement	Degré d'autonomie	Qualité des relations entre les membres	Adaptabilité générale	Résolution de problème	Réalisation des tâches et rôles	Contrôle des comportements, normes et valeurs	Satisfaction face au fonctionnement familial	Relation avec la nourriture	
Devis cas-témoin																	
Casper et Troiani, 2001	AN : 17 + Parents : 17	16.7	NS	✓ AR et AB		✓		✓			✓		✓	✓		- Âge et sexe - Sous-type d'anorexie - Ethnie - Adhérence religieuse	
	GC : 34 (santé) + Parents : 34	15.8	NS														
Cook-Darzens et al., 2005	AN : 40 + Parents : 80	14.9	F : 37; G : 3													- Âge et sexe des jeunes, parents et fratrie - Sous-type d'anorexie - Durée de la maladie - Rang dans la famille - Statut marital des parents - Statut socio-économique	
	+ Fratrie : 31	16.2	F : 15; G : 16			✓		✓						✓			
	GC : 98 (santé) + Parents + Fratrie	16.2	F : 57; G : 41 NS														
Delannes et al., 2006	AN: 10 + Parents: 19 Seuil: population non Clinique	14 à 17	F: 10		✓	✓	✓	✓	✓					✓		N.S.	

Description des abréviations utilisées:

AN: Anorexie; AR: Anorexie, sous-type restrictive; AB: Anorexie, sous-type boulimique; BN: Boulimie nerveuse; TANS: Trouble alimentaire non spécifié; GC: Groupe de comparaison; F : fille; G : garçon; S : spécifié; NS: Non spécifié

Articles		Échantillons		Type d'anorexie mentale		Caractéristiques du fonctionnement familial étudiées par les auteurs													Variables contrôlées
Auteurs, année	Groupes	Âge moyen (année)	Sexe	S	NS	Fonctionnement familial général				Cohésion familiale			Adaptabilité familiale				Autres caractéristiques		
						Cohésion générale	Communication et expression affective	Engagement affectif et qualité de l'attachement	Degré d'autonomie	Qualité des relations entre les membres	Adaptabilité générale	Résolution de problème	Réalisation des tâches et rôles	Contrôle des comportements, normes et valeurs	Satisfaction face au fonctionnement familial	Relation avec la nourriture			
Devis cas-témoin (suite)																			
Emanuelli et al., 2004	AN : 34 + Parents	15.7	F : 34																- Âge - Type de famille - Occupation des membres - Lieu de résidence
	GC : 49 (santé) + Parents	14.5	F : 49	✓	✓	✓	✓			✓									
Karwautz et al., 2002	AN : 31 + sœur (santé)	15.7 16.2	F : 31 F : 31		✓		✓			✓									N.S.
Vidovic et al., 2005	AN : 27 + mères GC1 : 50 (santé) GC2 : 79 (étudiante universitaire santé)	20.21			✓	✓	✓	✓			✓								N.S.

Description des abréviations utilisées:

AN: Anorexie; AR: Anorexie, sous-type restrictive; AB: Anorexie, sous-type boulimique; BN: Boulimie nerveuse; TANS: Trouble alimentaire non spécifié; GC: Groupe de comparaison; F : fille; G : garçon; S : spécifié; NS: Non spécifié

Articles		Échantillons		Type d'anorexie mentale		Caractéristiques du fonctionnement familial étudiées par les auteurs											Variables contrôlées
Auteurs, année	Groupes	Âge moyen (année)	Sexe	S	N	Fonctionnement familial général			Cohésion familiale			Adaptabilité familiale			Autres caractéristiques		
						Cohésion générale	Communication et expression affective	Engagement affectif et qualité de l'attachement	Degré d'autonomie	Qualité des relations entre les membres	Adaptabilité générale	Résolution de problème	Réalisation des tâches et rôles	Contrôle des comportements, normes et valeurs	Satisfaction face au fonctionnement familial	Relation avec la nourriture	
Devis comparative																	
Lattimore et al., 2000	AN: 20 + Mères: 20	15.7	F: 20														- Âge - Classe sociale
	GC: 14 patients psychiatriques + Mères: 14	NS															
McDermott et al., 2002	AN: 42	14.5	F:97.5%														- Type de famille
	BN: 12																
	TANS: 26		G:2.5%														
Ruuska et al., 2007	AN: 34	16.2	F: 34														- Statut socio-économique - Détresse psychologique
	BN: 23	17.9	F: 23														
Fomari et al., 1999	AR: 37	18.5	F:95.3%														- Statut socio-économique - Dépression - Âge - Niveau scolaire
	AB: 28	21.0															
	BN: 26	20.9															
	TANS: 15	17.4	G:4.7%														

Description des abréviations utilisées:

AN: Anorexie; AR: Anorexie, sous-type restrictive; AB: Anorexie, sous-type boulimique; BN: Boulimie nerveuse; TANS: Trouble alimentaire non spécifié; GC: Groupe de comparaison; F : fille; G : garçon; S : spécifié; NS: Non spécifié

Articles	Échantillons	Type d'anorexie mentale		Caractéristiques du fonctionnement familial étudiées par les auteurs												Variables contrôlées	
				Fonctionnement familial général			Cohésion familiale				Adaptabilité familiale				Autres caractéristiques		
Auteurs, année	Groupes	Âge moyen (année)	Sexe	S	NS	Cohésion générale	Communication et expression affective	Engagement affectif et qualité de l'attachement	Degré d'autonomie	Qualité des relations entre les membres	Adaptabilité générale	Résolution de problème	Réalisation des tâches et rôles	Contrôle des comportements, normes et valeurs	Satisfaction face au fonctionnement familial		Relation avec la nourriture
Devis descriptif																	
Dallos et Denford, 2008 * étude qualitative	AN : 4 + Parents : 8 + Fratrie : 4	16 à 19	F : 4		✓			✓		✓						✓	- Type de famille - Durée de la maladie - Niveau académique achevé des parents
Gowers et North, 1999	AN: 35 + Mères: 35	14.9	F: 31; G: 4		✓												N.S.

Description des abréviations utilisées:

AN: Anorexie; AR: Anorexie, sous-type restrictive; AB: Anorexie, sous-type boulimique; BN: Boulimie nerveuse; TANS: Trouble alimentaire non spécifié; GC: Groupe de comparaison; F : fille; G : garçon; S : spécifié; NS: Non spécifié

**ANNEXE C****TABLEAU 3: RECENSION DES ÉTUDES**

**Tableau 3 :**  
**Tableau de recension des études**

Études à devis cas-témoin

Échantillon	Mesures utilisées	Résultats obtenus
<b>Casper et Troiani, 2001</b>		
N=17 sujets anorexiques répartis en 2 sous-groupes : 1- anorexiques restrictives (AR), 2- anorexiques boulimiques (AB); Groupe témoin (GT) : N=34 adolescents ne présentant pas de problème de santé	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale</u> :</p> <p>Entrevue diagnostique basée sur le DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon et First, 1992)</p> <p><u>Évaluation familiale</u> :</p> <p>-Entrevue semi-structurée évaluant l'analyse de l'histoire familial (outil maison)</p> <p>- <i>Family Assessment Measure</i> (Skinner, Santa-Barbara et Steinhaur, 1983)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les AR obtiennent un score semblable aux membres du GT en ce qui concerne la perception du fonctionnement familial général.</li> <li>- Les AR perçoivent avoir un meilleur fonctionnement que les membres du GT au niveau de l'exécution des rôles et de l'adhérence aux valeurs.</li> <li>- Les AR évaluent une relation moins perturbée que le GT avec leur mère et leur père évaluent une relation moins perturbée avec la fratrie.</li> <li>- Les AB perçoivent un fonctionnement familial plus perturbé que les AR et le GT. Ceci principalement pour les échelles d'accomplissement des tâches, de communication et d'expression affective.</li> <li>- À l'échelle du fonctionnement individuel à l'intérieur de la famille, les AB perçoivent plus de difficultés que le GT. Ceci principalement au niveau de l'expression affective, de l'engagement et du contrôle.</li> <li>- Les familles des AB présentent davantage de problèmes relationnels que les familles du GT.</li> <li>- Les pères du groupe des AB évaluent une relation plus perturbée avec leur conjointe, puis les résultats vont dans le même sens en ce qui concerne l'évaluation de la mère envers sa fille anorexique.</li> <li>- Les relations parents-enfants les plus perturbées se situent : entre les AB et leur père (selon les jeunes et leur père); entre les AB et leur mère (selon les jeunes) et entre les parents et la fratrie des AB (selon les parents).</li> <li>- On n'observe pas de différence au niveau de l'évaluation faite par la fratrie au sujet de la relation entre les membres de la famille.</li> </ul>

Cook-Darzens, Doyen, Falissard et Mouren, 2005		
Groupe sujet (GA) : N=40 sujets anorexiques + parents (n=80) et fratrie (n=31); Groupe témoin (GT) : N=98 adolescents ne présentant pas de problème de santé+ parents et fratrie	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> -Remplissent les critères d'anorexie mentale du DSM-IV  <u>Évaluation familiale:</u> - <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale -III</i> (FACES ; Olson, Portner et Lavee, 1985)	- Les membres du GA perçoivent une cohésion significativement plus faible que ceux du GT. - Les membres du GA tendent à se décrire comme étant plus distants et se disent plus fortement insatisfaits quant à leur vie familiale que ceux du GT. - Les auteurs dénotent une différence significative chez les membres des deux groupes (GA et GT) entre la satisfaction qu'ils éprouvent concernant leur vie familiale, puis leur idéal de vie familiale sur les sphères de cohésion et d'adaptabilité. - Les auteurs observent une association négative entre le niveau d'insatisfaction et leur perception du niveau de cohésion et d'adaptabilité (plus faible est le niveau de cohésion et d'adaptabilité, plus fort est le degré d'insatisfaction). - En comparaison à leurs parents, les anorexiques et leur fratrie perçoivent leur famille significativement moins cohésive.
Delannes, Doyen, Cook-Darzens et Mouren, 2006		
N= 10 sujets anorexiques Âge : 14-17 ans	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> Remplissent les critères du DSM-IV (APA, 1994)  <u>Évaluation familiale:</u> -Cartes modèles individuelles de relations (Q-Sort) (Pierrehumbert, 1996) - <i>FACES- III</i> (Olson, <i>et al.</i> , 1985)	- Les membres des familles d'anorexiques se sentent significativement moins unies (cohésives) et plus désengagées en comparaison aux scores populationnels. - On retrouve une grande satisfaction et harmonie dans les résultats du Ca-Mir pour les membres des familles d'anorexiques en comparaison aux scores populationnels. - L'étude démontre une équivalence au niveau de la perception des mères et des filles pour 3 facteurs, soit : l'interférence parentale (intervention des parents dans la vie de l'enfant), la rancune d'infantilisation (rancune concernant les soins reçus) et le soutien familial (appui de la famille).

Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask et Waller, 2004

Groupe sujet (GA) : N=34 adolescentes anorexiques + leurs parents; Groupe témoin (GT) : N=49 adolescentes ne présentant pas de problème de santé + leurs parents	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> <i>Great Ormond Street Diagnostic Checklist</i> (Bryant-Waugh et Lask, 1995)  <u>Évaluation familiale:</u> <i>Family Assessment Device-3</i> (FAD ; Roncone, Rossi, Muiere, Impalomeni, Matteucci, Giacomelli, Toniatti et Casacchia, 1998)	Les membres du GA ont une perception plus négative du fonctionnement familial que les membres du GT pour l'ensemble des sous-échelles sauf pour l'engagement affectif où il n'y a pas de différence significative. En comparant les membres à l'intérieur des familles du GA; - les adolescentes rapportent un moins bon fonctionnement familial que leurs parents pour les sphères : fonctionnement général, résolution de problème et communication. - les mères perçoivent un moins bon fonctionnement général que les pères. - les pères perçoivent un moins bon fonctionnement familial que les mères en ce qui concerne la résolution de problèmes. En comparant les familles du GT à celles du GA; - tous les membres des familles du GA perçoivent une communication significativement plus perturbée que les membres des familles du GT, surtout les filles anorexiques.
---	--	---

Karwautz, Nobis, Haidvogel, Haffnerl-Gatter-mayer, Wöber-Bingöl et Friedrich, 2002 N=31 adolescentes anorexiques + leur sœur en santé la plus près en âge	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> - Remplissent les critères du DSM-IV et du ICD-10 selon un consensus de deux cliniciens expérimentés  <u>Évaluation familiale:</u> <i>Subjective Family Image Test</i> (Mattejat et Scholz, 1994)	-L'évaluation des triades démontrent une perception significativement plus faible chez les adolescentes anorexiques au niveau de leur autonomie individuelle face à leurs parents. Cette perception est également partagée par leur mère. - Il n'y a pas de différence de perception au niveau de l'autonomie dans la relation du père envers ses filles et des filles envers leur père. -En comparaison à leur sœur en santé, les adolescentes anorexiques perçoivent une cohésion relationnelle significativement plus élevée avec leurs parents. L'auteur explique cette différence principalement par la perception d'une faible autonomie des anorexiques envers chacun de leurs parents. -Il n'y a pas de différence significative au niveau de la perception des liens affectifs lors de l'évaluation des triades de chacune des filles avec leurs parents.
---	---	---



Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik et Tocilj (2005).

N=76 sujets ayant un trouble alimentaire répartis en 4 sous-groupes : 1- anorexiques restrictives (AR; n=13), 2- anorexiques boulimiques (AB; n=14), 3- boulimiques nerveuses (BN; n=44), 4- trouble alimentaire non spécifié (TANS; n=5) + 29 mères; 2 groupes témoins (GT) ne présentant pas de problème de santé : GT1 : n= 50 femmes de la population + 50 mères GT2 : N=79 étudiantes universitaires en médecine	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissent les critères du DSM-IV (APA, 1994)</li> </ul> <p><u>Évaluation familiale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale -II</i> (Croatian version; FACES-II ; Olson et al., 1992)</li> <li>- <i>Parent-Adolescent Communication Scale</i> (Dare et Eissler, 1997)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On n'observe pas de différence significative au niveau de l'évaluation de la cohésion, de l'adaptabilité familiale et de la communication mère-fille entre les AR et les deux GT.</li> <li>- Les AB et les BN évaluent des niveaux de cohésion et d'adaptabilité significativement plus faibles que les AR et les deux GT.</li> <li>- Les AB, les BN et les TANS perçoivent une communication mère-fille significativement plus perturbée que les AR.</li> <li>- Les AB et les BN perçoivent la communication mère-fille significativement plus perturbée que les deux GT (<math>p&lt;0.01</math>).</li> <li>- Les sujets ayant un trouble alimentaire tendent à décrire leur famille de façon plus négative que leur mère.</li> </ul>
---	--	---

## Études à devis comparatif

<b>Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel, et Katz (1999).</b>	
N=106 sujets présentant un trouble alimentaire -37 anorexiques restrictives (AR) -28 anorexiques boulimiques (AB) -26 boulimiques nerveuses (BN) -15 troubles alimentaires non spécifiés (TANS) (âge 9 à 29 ans)	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissent les critères du DSM-III-R</li> </ul> <p><u>Évaluation familiale:</u> <i>Family Assessment Device</i> (FAD ; Epstein, Baldwin et Bishop, 1983)</p> <p><u>Évaluation dépression:</u> <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-lifetime</i> (SADS-L; Endicott et Spitzer, 1987) <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck et al., 1961)</p>
<p>- Il n'y a pas de relation significative observée entre les 4 sous-groupes diagnostiques de troubles alimentaires et la perception du fonctionnement familial général lorsque la seule variable considérée est le diagnostic du trouble alimentaire (analyse univariée).</p> <p>- Lorsque l'on considère également la présence de symptômes dépressifs, le statut socio-économique, l'âge et le niveau d'éducation, il ressort que les symptômes dépressifs et le diagnostic BN sont les prédicteurs les plus significatifs d'un moins bon fonctionnement familial : résolution de problème, rôle et fonctionnement familial général.</p> <p>- Les résultats des AB vont dans le même sens que ces derniers résultats, mais de façon non significative.</p> <p>- Les résultats des AR démontrent un meilleur fonctionnement familial que les autres groupes pour l'ensemble des échelles, mais de façon non significative.</p> <p>* Les auteurs indiquent que les sujets qui ont un niveau similaire de dépression tendent à décrire un fonctionnement familial similaire. Ils observent un plus haut niveau de dépression chez les AB (SADS-L 68% ; BDI 76%) et chez les BN (SADS-L 54% ; BDI 54%) que chez les AR (SADS-L 46% ; BDI 35%).</p>	
<b>Lattimore, Wagner et Gowers, 2000</b>	
Groupe sujet (GA) : N= 20 sujets anorexiques et leur mère Groupe de comparaison; (GC) : N=14 sujets patientes psychiatriques et	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u></p> <p>Remplissent les critères complets du DSM-III-R (APA, 1987) et du <i>Eating Attitudes Test</i> (Garner et Garfinkel, 1979)</p> <p><u>Évaluation familiale:</u> <i>Parent-Adolescent</i></p>
<p>- Dans le cadre d'une tâche expérimentale centrée sur la discussion entre les mères et leur fille, les données indiquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La communication dans les dyades du GA se caractérise par davantage de désagrément, de blâmes et d'affect négatif, puis par moins de commentaires réciproques positifs ou constructifs que les dyades du GC.</li> <li>- En observant à l'intérieur des dyades, on remarque que les mères ne réagissent pas de la même façon que les filles.</li> <li>- Les filles anorexiques font davantage de critiques, gardent davantage le silence, révèlent davantage leurs sentiments et démontrent davantage un affect négatif que leur mère.</li> </ul>	

leur mère	<i>Conflict Evaluation Scheme</i> (instrument maison)	Ceci indique qu'il y a un déséquilibre à la base de la communication dans le GA. Ce déséquilibre suggère un manque de communication constructive lors de la résolution de problèmes. Ceci peut refléter un manque d'habiletés à appliquer un langage efficace et une capacité d'écoute nécessaire pour faire des compromis dans une négociation conflictuelle (Van den Brouke et al., 1995 dans Lattimore, P.J., Wagner, H.L. et Gowers, S. (2000)).
<b>McDermott, Batik, Roberts et Gibbon, 2002</b>		
N=80 adolescents présentant un trouble alimentaire	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> -Concensus entre spécialistes sur l'atteinte des critères du DSM-IV (APA, 1993)	En comparant les adolescentes selon qu'elles tendent à adopter des comportements alimentaires restrictifs ou des comportements alimentaires boulimiques, les chercheurs observent :
-42 anorexiques		- Les familles du sous-groupe des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements restrictifs obtiennent un score plus faible de dysfonctionnement familial que les familles des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements boulimiques, ce qui démontre un meilleur fonctionnement familial.
-26 troubles alimentaires non spécifiés	<u>Évaluation familiale:</u> <i>FAD</i> (version abrégée-12 items) (McDermott, Batik, Roberts et Gibbon, 2002)	-Les familles des adolescentes ayant tendance à adopter des comportements restrictifs rapportent significativement moins de difficultés lors de la planification des activités familiales et lors des confidences entre les membres de la famille.
<b>Ruuska, Koivisto, Rantanen et Kaltiala-Heino, 2007</b>		
N=34 adolescents anorexiques (AN); N=23 adolescentes boulimiques nerveuses (BN)	<u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> Remplissent les critères de l'ICD-10 (World Health Organisation, 1992) et du <i>Global Assessment of Functioning</i> (APA, 1995) <u>Évaluation familiale:</u> -Morgan-Russell interview (Morgan et Hayward, 1988)	- 46% des adolescentes ayant un trouble alimentaire rapportent être insatisfaites dans leur relation avec leur famille nucléaire. - En comparaison avec les BN, les AN sont significativement moins insatisfaites face à leur famille nucléaire. - Près de 74% des adolescentes ayant un trouble alimentaire rapportent des difficultés dans l'émancipation de la famille. - Chez le groupe AN, il y a une tendance vers plus de difficultés dans l'émancipation de la famille et une plus forte tendance à l'isolement ou aux contacts sociaux minimums à l'extérieur de la famille comparativement aux BN. Ces résultats vont dans le sens des études qui démontrent que les anorexiques ont des difficultés au niveau de la séparation et de l'individuation lors de l'adolescence.

## Études à devis descriptif

Dallos et Denford, 2008

<p>N= 4 familles comprenant une adolescente anorexique</p>	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u> -Remplissent les critères du d'anorexie mentale du DSM-IV-TR</p>	<p><u>Évaluation familiale:</u> -Entrevue semistructurée basée sur l'<i>Adult Attachment Interview</i> (Crittenden, 1997) avec des questions sur le thème de la nourriture et de l'anorexie</p>	<p>En analysant chacune des entrevues, les auteurs ont identifié 5 principaux thèmes ainsi que des sous-thèmes qui se retrouvaient dans les 4 familles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réalité fausse ou fragile (<i>sentiment que les émotions exprimées ne sont pas réelles</i>): les membres éprouvent de l'appréhension face à l'expression des émotions.</li> <li>2. Relation troubles et désir d'être différent de la famille d'origine : on observe des histoires de problèmes relationnels à travers les générations ainsi que dans la famille actuelle de même qu'une tendance active des membres à vouloir éviter les relations négatives qu'ils ont eues avec leurs parents, ce qui résulte à un environnement familial insécure et confus.</li> <li>3. Triangulation et argumentation : on observe dans les 4 familles, un sentiment envahissant et continu d'un conflit actuel ou imminent entre les parents, un sentiment de culpabilité d'avoir été coincé à prendre parti lors d'un conflit entre d'autres membres.</li> <li>4. Manque de réconfort et de soins : les membres perçoivent un manque de réconfort, de chaleur et d'affection à travers les générations et dans la famille actuelle.</li> <li>5. Relation généralement négative avec la nourriture à travers les générations : l'expérience des repas est décrit par les membres comme étant froid émotionnellement, rarement réconfortant, négatif et parfois très aversif (teinté d'abus et d'humiliation).</li> </ol>
--	---	---	---

Gowers et North, 1999

N = 35 anorexiques -31 filles et 4 garçons + leurs mères	<p><u>Évaluation de l'anorexie mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissent les critères du DSM-III-R (APA, 1987)</li> </ul> <p><u>Évaluation familiale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>FAD</i> (Eipstein, Bishop et Levin, 1983) (60 items)</li> <li>- <i>McMaster's Structured Interview of Family Functioning</i> (Epstein, Baldwin et Bishop, 1982)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les adolescents anorexiques ont une perception plus négative du fonctionnement de leur famille que leurs parents.</li> <li>A) 17 adolescents sur 35 (48,5%) évaluent le fonctionnement de leur famille autour du seuil clinique pour 4 des 6 sous-échelles. Parmi ceux-ci, 7 adolescents (20%) évaluent le fonctionnement de leur famille comme anormal sur les 6 échelles.</li> <li>B) Seulement 7 parents (20%) reconnaissent des difficultés familiales pour 4 des 6 sous-échelles. Parmi ceux-ci, 1 seul (2,8%) reconnaît des difficultés sur les 6 sous-échelles.</li> <li>- Les cliniciens identifient 17 (48,5%) familles présentant les difficultés pour les 4 des 6 sous-échelles précédentes, dont 7 familles avec un fonctionnement pauvre dans toutes les sous-échelles. Les perceptions des adolescents anorexiques se rapprochent de celles des cliniciens.</li> </ul>
--	---	---

**ANNEXE D****TABLEAU 4 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES  
DES ADOLESCENTES ANOREXIQUES**

**Tableau 4 :**  
**Principales caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques**

Auteurs	Principales caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques
Casper et Troiani, 2001; Emanuelli <i>et al.</i> , 2004; Fornari <i>et al.</i> , 1999; Gowers et North, 1999; McDermott <i>et al.</i> , 2002	- Divergence de perception face au fonctionnement familial général. - Divergence de perceptions selon le répondant et selon le sous-type d'anorexie.
Cook-Darzens <i>et al.</i> , 2005; Delannes <i>et al.</i> , 2006; Karwautz <i>et al.</i> , 2002;	- Divergence de perceptions quant à la qualité de la cohésion en comparaison à la population normale, et entre les membres de la famille.
-Strober <i>et al.</i> , 1982, dans Casper et Troiani, 2001; Vidovic <i>et al.</i> , 2005	-Divergence de perceptions selon le sous-type d'anorexie.
Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006; Dare <i>et al.</i> , 1994, dans Hsu, 2001; Le Grange <i>et al.</i> , 1992, dans Hsu, 2001	- Divergence d'opinion quant à la présence ou l'absence de l'enchevêtrement dans ces familles.
Delannes <i>et al.</i> , 2006; Vidovic <i>et al.</i> , 2005	- Divergence d'opinion au niveau du degré de flexibilité familiale chez les familles d'anorexiques en comparaison aux familles de la population générale (selon le sous-type).
Cook-Darzens <i>et al.</i> , 2005	- Plus haut niveau de désengagement chez les familles d'anorexiques que chez les familles de la population générale.
Emanuelli <i>et al.</i> , 2004; Lattimore <i>et al.</i> , 2000; Vidovic <i>et al.</i> , 2005	- Divergence de perceptions quant à la qualité de la communication entre les membres en comparaison aux familles de la population générale et en comparaison à des familles de patients psychiatriques.
-Casper et Troiani, 2001; Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985, dans Casper et Troiani, 2001; Garfinkel <i>et al.</i> , 1983, dans Casper et Troiani, 2001; Humphrey, 1987, dans Casper et Troiani, 2001	-Divergence de perceptions selon le sous-type d'anorexie.

Dallos et Denford. 2008, Humphrey, 1988, dans Hartmann, 2002	- Expression des émotions plus pauvre à l'intérieur de ces familles (surtout de la part des pères).
Emanuelli <i>et al.</i> , 2004	- Absence de différence significative au niveau de l'engagement affectif comparativement aux familles de la population normale.
-Casper et Troiani, 2001	-Divergence entre les sous-type.
Dallos et Denford, 2008	-Présence d'un sentiment de manque de réconfort, de chaleur et d'affection à l'intérieur des familles d'anorexiques.
Karwautz <i>et al.</i> , 2002	- Absence de différence significative au niveau de la perception des liens affectifs selon les adolescentes anorexiques ou leur sœur en santé.
Dickstein, 1985; dans Hartmann, 2002; Evans et Street, 1995, dans Hartmann, 2002; Haudek <i>et al.</i> , 1999, dans Polivy et Herman, 2002; Heron et Leheup, 1984, dans Hartmann, 2002; Humphrey, 1989, dans O'Hetrick, 2006; Kog <i>et al.</i> , 1987,1989, dans Hartmann, 2002; Dickstein, 1985, dans Hartmann, 2002; Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006; Ruuska <i>et al.</i> , 2007; Yager, 1981, dans Hartmann, 2002;	- Divergence d'opinion au sujet des problèmes relevés par certains chercheurs au niveau des frontières intrafamiliales et interpersonnelles.
-Bruch, 1978, 1982, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Ruuska <i>et al.</i> , 2007;Selvini-Palazzoli, 1982, dans Godart <i>et al.</i> , 2002	- Plus faible degré d'autonomie chez les adolescentes anorexiques à l'égard de leur parent
-Karwautz <i>et al.</i> , 2002;	-Principalement face à leur mère; absence de différence à ce niveau face au père.
Minuchin <i>et al.</i> , 1978, dans O'Hetrick, 2006; Palmer <i>et al.</i> , 1988, dans O'Hetrick, 2006; Russell <i>et al.</i> , 1992, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Selvini-Palazzoli, 1974, dans Hartmann, 2002; Steiger <i>et al.</i> , 1989, dans O'Hetrick, 2006; Walters et Kendler, 1995, dans O'Hetrick, 2006	- Divers niveau de surprotection selon les membres chez ces familles (principalement de la part des pères).
Casper et Troiani, 2001, Casper, 1981, dans Casper et Troiani, 2001; Strober <i>et al.</i> , 1982, dans Casper et Troiani, 2001,	- Divergence d'opinion quant à la qualité des relations entre les membres des familles d'anorexiques.



Dallos et Denford, 2008,	Divergence selon le sous-type et selon le répondant.
Fornari et al., 1999, Minuchin, 1978, dans O'Hetrick, 2006, Kog et Vandereycken, 1989, dans O'Hetrick, 2006	- Plus de difficulté au niveau de la résolution de problèmes.
Dallos et Denford, 2008, Kog et Vandereycken, 1989, dans O'Hetrick, 2006; Minuchin <i>et al.</i> , 1978, dans O'Hetrick, 2006	- Tendance à éviter les conflits et les relations négatives.
Bruch, 1973, dans Hartmann, 2002; Kog et Vandereycken, 1989, dans O'Hetrick, 2006; Minuchin <i>et al.</i> , 1978, dans O'Hetrick, 2006; Pike et Rodin, 1991, dans Polivy et Herman, 2002; Rastum et Gillberg, 1991, dans Hartmann, 2002; Selvini-Palazzoli, 1974, dans Hartmann, 2002	- Rigidité des règles à l'intérieur de ces familles (surtout de la part des mères).
Casper et Troiani, 2001	- Moins de difficultés au niveau de l'exécution des rôles et de l'adhérence aux valeurs et aux normes de la part des adolescentes anorexiques restrictives en comparaison aux familles de la population générale.
Cook-Darzens <i>et al.</i> , 2005, Gowers et North, 1999, Heron et Leheup, 1984, dans Casper et Troiani, 2001, Ruuska et al., 2007	- Divergence d'opinion au niveau de la satisfaction face au fonctionnement familial selon le groupe de comparaison (pire que population normale, meilleure que chez les boulimiques) et selon le répondant (pire selon l'adolescentes que selon les parents).
Dallos et Denford, 2008	- Relation négative avec la nourriture et climat aversif lors des repas.
Hill et Franklin, 1998, dans Hartmann, 2002; Pike et Rodin, 1991, dans Hartmann, 2002; Stice, 1994, dans Hartmann, 2002; Striegel-Moore <i>et al.</i> , 1986, dans Hartmann, 2002	- Importance accordée au poids et aux comportements restrictifs dans ces familles.
Biederman <i>et al.</i> , 1985, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Gershon <i>et al.</i> , 1984, dans Godart <i>et</i>	- Forte présence d'antécédents de troubles psychiatriques chez les

---

<i>al.</i> , 2002; Hudson <i>et al.</i> , 1983, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Piran <i>et al.</i> , 1985, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Rivinus <i>et al.</i> , 1984, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Strober <i>et al.</i> , 1982,1990, dans Godart <i>et al.</i> , 2002; Winokur <i>et al.</i> , 1980, dans Godart <i>et al.</i> , 2002	membres de ces familles.
---	--------------------------

---

Hill et Franklin, 1998, dans Polivy et Herman, 2002; Pike et Rodin, 1991, dans Polivy et Herman, 2002; Stein <i>et al.</i> , 1994, dans Hartmann, 2002	- Forte présence de trouble de comportement alimentaire chez les mères des anorexiques.
---	---

---

**ANNEXE E**  
**COPIE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

<b>Titre du projet:</b>	Identification de variables sociales, familiales et personnelles les plus fortement associées à la réussite d'une intervention multidimensionnelle chez des adolescentes et adolescents présentant une anorexie mentale.
<b>Numéro du projet</b>	07-083
<b>Organisme subventionnaire</b>	Fonds du Centre de recherche clinique Étienne LeBel
<b>Chercheur principal:</b>	Robert Pausé PhD, Département de Psychoéducation
<b>Chercheur(s) associé(s):</b>	Éric Lavoie MD, Département de Pédiatrie Guylaine Séguin PhD, Département de Pédiatrie Caroline Pesant MD, Département de Pédiatrie

*Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à un projet de recherche puisque votre enfant est actuellement suivi par la clinique des troubles alimentaires du CHUS. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.*

*Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients pour vous et votre enfant, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.*

*Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.*

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Lors de votre première rencontre avec le Dr. Éric Lavoie ou la Dr. Caroline Pesant, celui-ci ou celle-ci vous a présenté le programme d'intervention que nous privilégions dans le traitement des dysfonctions alimentaires chez les enfants, les adolescentes et les adolescents au CHUS à Fleurimont.

## INTRODUCTION

Le programme des dysfonctions alimentaires du CHUS a vu le jour en juin 2006. Ce programme, basé sur les données probantes dans le domaine des dysfonctions alimentaires chez les enfants et les adolescents, prévoit une démarche d'évaluation systématique des caractéristiques sociales, familiales et personnelles des jeunes référés à l'aide de questionnaires validés et d'entrevues familiales. Cette démarche d'évaluation rigoureuse est conforme et même supérieure à la très grande majorité des programmes recensés. La collecte des données par questionnaires et par entrevues vise à faire un portrait complet de la situation du jeune et de sa famille afin d'élaborer une hypothèse explicative de la dysfonction alimentaire et d'identifier les cibles d'intervention à privilégier. Dans le cadre de ce programme, les informations colligées sont résumées sous forme d'un rapport clinique informatisé et sont présentées séparément aux jeunes et aux parents avant la rencontre bilan afin de les préparer à cette rencontre et d'identifier des informations que l'un ou l'autre souhaite garder confidentielles. Suite à cette rencontre le psychologue responsable de la situation clinique réorganise l'information et la résume sous forme de carte conceptuelle. C'est cette carte conceptuelle qui est présentée aux parents et au jeune lors de la rencontre bilan qui a généralement lieu lors de la cinquième semaine de suivi (ci-joint un exemple de carte conceptuelle). Comme vous le savez, c'est sur la base de cette carte conceptuelle que les intervenants impliqués élaborent le plan d'intervention pour les semaines à venir. Ce plan d'intervention doit être approuvé par les jeunes et les parents avant d'être mis en application. Des ajustements au plan d'intervention peuvent alors être apportés en tenant compte des points de vue des jeunes et des parents. L'objectif du programme est d'arriver à établir un contrat thérapeutique qui convient à chacun.

Par le présent formulaire, nous vous demandons la permission d'utiliser les données recueillies à l'aide des questionnaires que vous et votre enfant avez complétés, lors de la phase de l'évaluation, ainsi que 12 et 24 mois après votre entrée dans le programme. Ces données nous permettront de réaliser une étude ayant pour objectifs :

- 1) d'évaluer l'efficacité de notre intervention sur l'évolution des jeunes et des familles 12 et 24 mois suivant leur entrée dans le programme ;
- 2) d'identifier les caractéristiques des jeunes et des familles qui démontrent une plus faible réponse au traitement ou qui abandonnent le traitement en cours de route ;
- 3) d'identifier les caractéristiques sociales, familiales et personnelles des jeunes qui sont les plus fortement associées au succès de notre intervention et d'apporter éventuellement des ajustements au traitement que nous privilégions actuellement à la clinique des dysfonctions alimentaires du CHUS

## DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à cette étude, les informations recueillies à partir de ces questionnaires complétés au moment de l'évaluation et 12 et 24 mois après l'entrée dans le programme seront transférées dans une banque de données consacrée à la recherche et seront traitées par une professionnelle de recherche associée à notre programme.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant la participation au programme de dysfonction alimentaire, les renseignements cliniques de votre enfant ainsi que les réponses aux questionnaires seront recueillis et consignés dans un dossier de recherche, puis dans une base de données. Seuls les données nécessaires à la bonne conduite de l'étude seront recueillies et utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques de l'étude décrits dans ci-dessus.

Ces renseignements peuvent comprendre des informations contenues dans le dossier médical de votre enfant, tels son état de santé passé et présent, ses habitudes de vie ainsi que les résultats de tous les tests, examens ou procédures qu'il aura subis lors de sa participation au programme.

Afin de préserver l'identité et la confidentialité de ces renseignements, vous et votre enfant ne serez identifiés que par un numéro de code. La clé du code reliant vos noms au dossier et aux données de recherche sera conservée par le chercheur responsable de l'étude.

De plus, tous les renseignements colligés et fournis dans vos réponses aux différents questionnaires demeureront confidentiels. Ces informations ne seront vues que par les professionnels impliqués dans l'intervention et par l'assistante recherche. Tous les dossiers de recherche seront gardés sous clé et seront détruits 5 ans après la fin de la recherche par déchiquetage. Les bases de données dans lesquelles les informations ont été entrées seront également détruites 5 ans après la fin de la recherche.

Les données de l'étude pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Toute communication, publication ou rapport découlant de cette étude, présentera des résultats de groupe (pourcentages et moyennes) et ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participants.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche ainsi que les dossiers médicaux de votre enfant, s'il y a lieu, pourraient être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et organismes adhèrent à une stricte politique de confidentialité.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a à notre connaissance aucun risque à participer à cette recherche puisqu'elle s'inscrit dans le cadre de l'intervention régulière proposée par le programme des dysfonctions alimentaires du CHUS.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Le chercheur a reçu des fonds du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel pour démarrer ce projet de recherche. Les fonds obtenus couvrent les frais reliés au démarrage de cette recherche. D'autres demandes de fonds sont à prévoir.

## **BÉNÉFICES ANTICIPÉS**

Vous ou votre enfant ne retirerez aucun bénéfice personnel de la participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des traitements de l'anorexie mentale.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE**

Votre participation et celle de votre enfant à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser de participer ou de vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des assistants de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins fournis par la suite à votre enfant ou sur vos relations avec le médecin et les autres intervenants.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous ou votre enfant, nous cesserons de compiler les données de recherche, mais les données déjà compilées jusque là seront tout de même conservées pour analyse.

## **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à ce projet de recherche, vous et votre enfant ne renoncez à aucun de vos recours ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles à votre égard.

## **COMPENSATION**

Les participants ne recevront aucune compensation financière pour leur participation à cette étude.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, toute révision et toute modification apportée au projet de recherche et au formulaire de consentement seront préalablement soumises à l'approbation de ce Comité.

Si vous désirez obtenir de l'information concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez rejoindre le secrétariat du service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS, au numéro (819) 346-1110 poste 12856.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Pour toute question concernant la présente étude, vous pouvez contacter Monsieur Robert Pauzé, Ph.D., chercheur principal, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke. Tél. : 821-8000, poste 62438 ou le 1-800-267-8337 poste 62438.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au (819) 346-1110 poste 14525.



## CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de notre participation. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Par conséquent, j'accepte que les renseignements colligés dans le cadre de notre participation (mon enfant et moi-même) au programme de la clinique des Troubles alimentaires du CHUS-Fleurimont soient utilisés dans un but de recherche, tel que décrit dans le présent formulaire.

Nom de l'adolescent : \_\_\_\_\_ Assentiment : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nom de la mère\**

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Nom du père\**

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin (lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué aux sujets de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que les sujets de recherche avaient à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'ils demeurent libres de mettre un terme à leur participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée aux sujets de recherche.

\_\_\_\_\_  
*Nom du chercheur (lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature du chercheur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## COPIE DU CHERCHEUR

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

**Titre du projet:** Identification de variables sociales, familiales et personnelles les plus fortement associées à la réussite d'une intervention multidimensionnelle chez des adolescentes et adolescents présentant une anorexie mentale.

**Numéro du projet** 07-083

**Organisme subventionnaire** Fonds du Centre de recherche clinique Étienne LeBel

**Chercheur principal:** Robert Pausé PhD, Département de Psychoéducation

**Chercheur(s) associé(s):** Éric Lavoie MD, Département de Pédiatrie  
Guylaine Séguin PhD, Département de Pédiatrie  
Caroline Pesant MD, Département de Pédiatrie

*Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à un projet de recherche puisque votre enfant est actuellement suivi par la clinique des troubles alimentaires du CHUS. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.*

*Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients pour vous et votre enfant, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.*

*Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.*

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Lors de votre première rencontre avec le Dr. Éric Lavoie ou la Dr. Caroline Pesant, celui-ci ou celle-ci vous a présenté le programme d'intervention que nous privilégions dans le traitement des dysfonctions alimentaires chez les enfants, les adolescentes et les adolescents au CHUS à Fleurimont.

## INTRODUCTION

Le programme des dysfonctions alimentaires du CHUS a vu le jour en juin 2006. Ce programme, basé sur les données probantes dans le domaine des dysfonctions alimentaires chez les enfants et les adolescents, prévoit une démarche d'évaluation systématique des caractéristiques sociales, familiales et personnelles des jeunes référés à l'aide de questionnaires validés et d'entrevues familiales. Cette démarche d'évaluation rigoureuse est conforme et même supérieure à la très grande majorité des programmes recensés. La collecte des données par questionnaires et par entrevues vise à faire un portrait complet de la situation du jeune et de sa famille afin d'élaborer une hypothèse explicative de la dysfonction alimentaire et d'identifier les cibles d'intervention à privilégier. Dans le cadre de ce programme, les informations colligées sont résumées sous forme d'un rapport clinique informatisé et sont présentées séparément aux jeunes et aux parents avant la rencontre bilan afin de les préparer à cette rencontre et d'identifier des informations que l'un ou l'autre souhaite garder confidentielles. Suite à cette rencontre le psychologue responsable de la situation clinique réorganise l'information et la résume sous forme de carte conceptuelle. C'est cette carte conceptuelle qui est présentée aux parents et au jeune lors de la rencontre bilan qui a généralement lieu lors de la cinquième semaine de suivi (ci-joint un exemple de carte conceptuelle). Comme vous le savez, c'est sur la base de cette carte conceptuelle que les intervenants impliqués élaborent le plan d'intervention pour les semaines à venir. Ce plan d'intervention doit être approuvé par les jeunes et les parents avant d'être mis en application. Des ajustements au plan d'intervention peuvent alors être apportés en tenant compte des points de vue des jeunes et des parents. L'objectif du programme est d'arriver à établir un contrat thérapeutique qui convient à chacun.

Par le présent formulaire, nous vous demandons la permission d'utiliser les données recueillies à l'aide des questionnaires que vous et votre enfant avez complétés, lors de la phase de l'évaluation, ainsi que 12 et 24 mois après votre entrée dans le programme. Ces données nous permettront de réaliser une étude ayant pour objectifs :

1. d'évaluer l'efficacité de notre intervention sur l'évolution des jeunes et des familles 12 et 24 mois suivant leur entrée dans le programme ;
2. d'identifier les caractéristiques des jeunes et des familles qui démontrent une plus faible réponse au traitement ou qui abandonnent le traitement en cours de route ;
3. d'identifier les caractéristiques sociales, familiales et personnelles des jeunes qui sont les plus fortement associées au succès de notre intervention et d'apporter éventuellement des ajustements au traitement que nous privilégions actuellement à la clinique des dysfonctions alimentaires du CHUS

## DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à cette étude, les informations recueillies à partir de ces questionnaires complétés au moment de l'évaluation et 12 et 24 mois après l'entrée dans le programme seront transférées dans une banque de données consacrée à la recherche et seront traitées par une professionnelle de recherche associée à notre programme.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant la participation au programme de dysfonction alimentaire, les renseignements cliniques de votre enfant ainsi que les réponses aux questionnaires seront recueillis et consignés dans un dossier de recherche, puis dans une base de données. Seuls les données nécessaires à la bonne conduite de l'étude seront recueillies et utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques de l'étude décrits dans ci-dessus.

Ces renseignements peuvent comprendre des informations contenues dans le dossier médical de votre enfant, tels son état de santé passé et présent, ses habitudes de vie ainsi que les résultats de tous les tests, examens ou procédures qu'il aura subis lors de sa participation au programme.

Afin de préserver l'identité et la confidentialité de ces renseignements, vous et votre enfant ne serez identifiés que par un numéro de code. La clé du code reliant vos noms au dossier et aux données de recherche sera conservée par le chercheur responsable de l'étude.

De plus, tous les renseignements colligés et fournis dans vos réponses aux différents questionnaires demeureront confidentiels. Ces informations ne seront vues que par les professionnels impliqués dans l'intervention et par l'assistante recherche. Tous les dossiers de recherche seront gardés sous clé et seront détruits 5 ans après la fin de la recherche par déchiquetage. Les bases de données dans lesquelles les informations ont été entrées seront également détruites 5 ans après la fin de la recherche.

Les données de l'étude pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Toute communication, publication ou rapport découlant de cette étude, présentera des résultats de groupe (pourcentages et moyennes) et ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participants.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche ainsi que les dossiers médicaux de votre enfant, s'il y a lieu, pourraient être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et organismes adhèrent à une stricte politique de confidentialité.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a à notre connaissance aucun risque à participer à cette recherche puisqu'elle s'inscrit dans le cadre de l'intervention régulière proposée par le programme des dysfonctions alimentaires du CHUS.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Le chercheur a reçu des fonds du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel pour démarrer ce projet de recherche. Les fonds obtenus couvrent les frais reliés au démarrage de cette recherche. D'autres demandes de fonds sont à prévoir.

## **BÉNÉFICES ANTICIPÉS**

Vous ou votre enfant ne retirerez aucun bénéfice personnel de la participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des traitements de l'anorexie mentale.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE**

Votre participation et celle de votre enfant à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser de participer ou de vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des assistants de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins fournis par la suite à votre enfant ou sur vos relations avec le médecin et les autres intervenants.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous ou votre enfant, nous cesserons de compiler les données de recherche, mais les données déjà compilées jusque là seront tout de même conservées pour analyse.

## **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à ce projet de recherche, vous et votre enfant ne renoncez à aucun de vos recours ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles à votre égard.

## **COMPENSATION**

Les participants ne recevront aucune compensation financière pour leur participation à cette étude.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, toute révision et toute modification apportée au projet de recherche et au formulaire de consentement seront préalablement soumises à l'approbation de ce Comité.

Si vous désirez obtenir de l'information concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez rejoindre le secrétariat du service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS, au numéro (819) 346-1110 poste 12856.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Pour toute question concernant la présente étude, vous pouvez contacter Monsieur Robert Pausé, Ph.D., chercheur principal, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke. Tél. : 821-8000, poste 62438 ou le 1-800-267-8337 poste 62438.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au (819) 346-1110 poste 14525.

## CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de notre participation. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Par conséquent, j'accepte que les renseignements colligés dans le cadre de notre participation (mon enfant et moi-même) au programme de la clinique des Troubles alimentaires du CHUS-Fleurimont soient utilisés dans un but de recherche, tel que décrit dans le présent formulaire.

Nom de l'adolescent : \_\_\_\_\_ Assentiment : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nom de la mère\**

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Nom du père\**

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin (lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué aux sujets de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que les sujets de recherche avaient à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'ils demeurent libres de mettre un terme à leur participation, et ce, sans préjudice

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée aux sujets de recherche.

\_\_\_\_\_  
*Nom du chercheur (lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature du chercheur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## COPIE DES PARTICIPANTS

